

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento psicológico
de los trastornos depresivos: utilidad clínica y coste-efectividad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Francisco José Estupiñá Puig

Director

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Práctica clínica basada en la evidencia para el
tratamiento psicológico de los trastornos
depresivos: utilidad clínica y coste -
efectividad**



TESIS DOCTORAL

Memoria para optar al grado de Doctor

AUTOR:

Francisco José Estupiñá Puig

DIRECTOR:

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2015

Para Mon, que todo lo hace bien.

AGRADECIMIENTOS

Parafraseando a Bernardo de Chartres, si podemos ver más y más lejos es porque nos alzamos a hombros de gigantes. Muchos de esos gigantes se encuentran en la sección de referencias de este trabajo, pero son muchos más los que me han apoyado para llegar hasta aquí.

En primer lugar, mi Director, Francisco Labrador, maestro y mentor en la profesión y en la ciencia, que a lo largo de estos años me ha brindado con generosidad su sabiduría, su lucidez y, por qué no decirlo, su paciencia. Tras él, todas las personas que componen la Clínica Universitaria de Psicología y especialmente su Directora durante los años de mi estancia, Mari Paz García Vera, por permitir y alentar este trabajo; las insustituibles Ana y Teresa; el equipo de residentes, cuyo buen hacer queda recogido en estas páginas: Alex, Ana, Bea, Carmen, Clara, Fran, Guada, Iván, Julio, Kike, María, Laura, María, Marta, Miriam, Noelia, Natalia, Pablo, Paloma, Raquel, Regina, Sara, Víctor, y todos los que les han seguido y precedido; a los pacientes, que le dan sentido a todo lo que hacemos; y por último, pero no menos importante, a Nacho, amigo y compañero de fatigas. De todos ellos he aprendido a ser mejor psicólogo, vocación que hace ya media vida logró contagiarme Don José Manuel Pimenta, entre lecciones de filosofía, con su fascinación por Skinner y el conductismo.

En las arenas movedizas de la metodología, no puedo menos que agradecer la orientación que me han prestado Iván y Lorenzo, con *R* y el análisis de datos, y la Prof. Rosario Martínez Arias con los procedimientos de *Bootstrapping*.

También a mis amigos, que han soportado con estoicismo las horas hurtadas a su compañía y que me han sabido animar y apoyar siempre, especialmente Alicia y Nacho; a Raquel y Cripzy, por el apoyo logístico; y por supuesto a mi familia. De ellos, mi abuelo, Narciso, sostén de mis estudios, y mi madre, Reyes, ejemplo de abnegación, amor, voluntad y entrega, son imprescindibles para que yo haya podido llegar hasta aquí y sea la persona que soy hoy.

El último y más completo agradecimiento es para Montse, mi cómplice y compañera en la vida, que ha compartido todos los sacrificios que ha supuesto esta tesis doctoral sin dejar de asegurarse cada día de que yo fuera feliz.

A todos, de corazón, gracias.

CONTENIDOS

RESUMEN	15
ABSTRACT	19
INTRODUCCIÓN	25
PARTE TEÓRICA.....	33
CAPÍTULO 1. LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	35
1.1 El “Informe Eysenck”	37
1.2 Los estudios meta analíticos.....	39
1.3 El informe de la “Task Force on the promotion and dissemination of psychological procedures”	42
1.4 La hipótesis de los factores comunes o inespecíficos.....	49
1.5 Las críticas a los Ensayos Clínicos Controlados (ECAs).....	56
1.6 La encuesta del “Consumer Reports”	61
1.7 Práctica clínica basada en la evidencia.....	65
1.7.1 Elementos de la intervención psicológica.....	66
1.7.2 Elementos de la relación terapéutica.....	67
1.7.3 Elementos de la evaluación psicológica.....	68
1.7.4 Elementos de la formulación de casos.....	70
1.8 Conclusión: Eficacia, Efectividad y Práctica Basada en la Evidencia.....	73
CAPÍTULO 2. LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	79
2.1 Clasificaciones actuales de la depresión.....	81
2.2 Los costes de la depresión	90
2.3 La naturaleza de la depresión.....	91
2.4 Conclusión	96
CAPÍTULO 3. PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	99
3.1 Integración de la mejor evidencia empírica disponible en el tratamiento de depresión	101
3.1.1 Activación conductual	109
3.1.1.1 Presupuestos teóricos	110
3.1.1.2 Aproximación terapéutica	111
3.1.1.3 Resumen de la evidencia.....	113
3.1.2 Terapia cognitiva de la depresión.....	114
3.1.2.1 Presupuestos teóricos.....	115
3.1.2.2 Aproximación terapéutica	116
3.1.2.3 Resumen de la evidencia.....	118
3.1.3 Terapia interpersonal de la depresión.....	120
3.1.3.1 Presupuestos teóricos.....	120
3.1.3.2 Aproximación terapéutica	122
3.1.3.3 Resumen de la evidencia.....	123
3.1.4 Elementos de intervención psicológica derivados de los TEAs	125
3.2. Integración de la pericia clínica en el tratamiento de la depresión.....	129
3.2.1 La pericia clínica en la terapia de activación conductual de la depresión	130
3.2.2 La pericia clínica en la terapia cognitivo conductual de la depresión.....	130
3.2.3 La pericia clínica en la terapia interpersonal de la depresión	132
3.3 Integración de las características, preferencias y cultura del paciente en el tratamiento de la depresión	132
PARTE PRÁCTICA	137
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	139
CAPÍTULO 5.MÉTODO.....	147

5.1 Diseño	149
5.2 Participantes.....	149
5.2.1 Criterios de inclusión y de exclusión.....	150
5.2.1.1 Criterios de inclusión.....	150
5.2.1.2 Criterios de exclusión.....	152
5.3 Procedimiento.....	155
5.4 Características del centro	155
5.6 Consideraciones éticas.....	160
5.7 Variables e instrumentos.....	160
5.7.1 Instrumentos.....	160
5.7.1.1 Inventario de Depresión de Beck, revisado (BDI-II).....	160
5.7.1.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	161
5.7.1.3 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI).	162
5.7.1.4 Cuestionario de 90 síntomas. (SCL-90-R).....	164
5.7.2 Variables criterio o dependientes.....	167
5.7.2.1 Resultado del tratamiento.....	167
5.7.2.2 Puntuación BDI-II postratamiento.....	167
5.7.2.3 Puntuación BAI postratamiento.....	167
5.7.3 Variables predictoras o independientes.....	167
5.7.3.1 Variables clínicas.....	167
5.7.3.2 Variables del terapeuta.....	170
5.7.4 Variables de control.....	170
5.7.4.1 Variables demográficas del paciente.....	170
5.7.4.2 Variables del terapeuta.....	172
5.7.4.3 Variables de la evaluación.....	172
5.7.4.4 Variables del tratamiento.....	172
5.7.5 Tratamiento de valores perdidos.....	173
5.7.5.1 Módulo de trastornos del estado de ánimo de la SCID-I pretratamiento.....	174
5.7.5.2 BDI-II postratamiento.....	175
5.7.5.3 BAI pretratamiento.....	175
5.7.5.4 BAI postratamiento.....	176
5.7.5.5 Escala de Trastorno depresivo mayor de los MCMI-II y III pretratamiento.....	176
5.7.5.6 Escalas de Trastorno Depresivo Mayor, Malestar referido a Sintomatología Positiva e Índice de severidad global del SCL-90-R, pretratamiento.....	176
5.7.5.7 Escala EEAG pretratamiento.....	177
5.7.5.8 Escala de Trastorno depresivo mayor de los MCMI-II y III postratamiento.....	177
5.7.5.9 Escalas de Trastorno Depresivo Mayor, Malestar referido a Sintomatología Positiva e Índice de severidad global del SCL-90-R, postratamiento.....	177
5.8 Análisis de datos.....	178
5.8.1 Codificación	178
5.8.2 Control de variables de confundido.....	178
5.8.3 ¿Qué características tienen las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología? ¿Pueden considerarse la intervención promedio de la Clínica Universitaria de Psicología una práctica clínica basada en la evidencia?.....	179
5.8.4 ¿Cómo de efectivo es el tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología?	179
5.8.4.1 Análisis de altas y abandonos.....	179
5.8.4.2 Significación estadística.....	180
5.8.5 ¿Qué variables influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología?	190
5.8.5.1 Análisis de diferencias entre los pacientes que acaban y los que abandonan el tratamiento.....	190
5.8.5.2 Análisis de las diferencias entre los pacientes que obtienen cambio clínico significativo y / o fiable y los que no lo alcanzan, y de la reducción en las puntuaciones del BDI-II y el BAI.....	191
5.8.6 ¿Cuál es la coste-efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología frente al tratamiento farmacológico estándar?	192

CAPÍTULO 6. RESULTADOS	195
6.1 Características de las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología	197
6.2 Efectividad del tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología	212
6.2.1 Análisis de altas y abandonos	212
6.2.2 Análisis de la significación estadística y clínica del cambio en el BDI-II	214
6.2.3 Análisis de la significación estadística y clínica del cambio en el BAI	219
6.3 Variables que influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología	224
6.3.1 Análisis de diferencias entre los pacientes que acaban y los que abandonan el tratamiento	224
6.3.2 Análisis de los predictores de la magnitud del cambio en las puntuaciones del BDI-II y del BAI	229
6.3.2.1 Variables de confundido y BDI-II	230
6.3.2.2 Variables de confundido y BAI	234
6.3.2.3 Gravedad pretratamiento y BDI-II	234
6.3.2.4 Otras variables moderadores referidas en la literatura y BDI-II	239
6.3.2.5 Gravedad pretratamiento y BAI	243
6.3.2.6 Otras variables moderadores referidas en la literatura y BAI	247
6.3.2.7 Variables del tratamiento y BDI-II	247
6.3.2.8 Variables del tratamiento y BAI	254
6.4 Coste efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica universitaria de Psicología frente al tratamiento farmacológico estándar	255
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN	261
7.1 Sobre las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología	263
7.1.1 Duración de las intervenciones	263
7.1.1.1 Duración de las intervenciones en contexto clínico investigador	263
7.1.1.2 Duración de las intervenciones en contexto clínico asistencial	264
7.1.1.3 Modelos explicativos de la duración de las intervenciones	266
7.1.2 Componentes de las intervenciones	269
7.1.2.1 Componentes técnicos de la intervención	269
7.1.2.2 Impacto de los componentes técnicos de la intervención	271
7.1.2.3 Intervenciones individualizadas y estandarizadas	275
7.2 Sobre la efectividad del tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología	276
7.2.1 Sobre las altas y abandonos	277
7.2.2 Sobre el cambio en las puntuaciones del BDI-II	279
7.2.3 Sobre el cambio en las puntuaciones del BAI	281
7.3 Sobre las variables que influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología	285
7.3.1 Variables que influyen en el abandono	285
7.3.2 Variables de confundido	288
7.3.3 Gravedad pretratamiento	289
7.3.4 Otras variables predictoras abordadas en la literatura	291
7.3.5 Variables de la intervención	292
7.4 Sobre la relación coste - efectividad y la eficiencia del tratamiento psicológico	293
7.4.1 Coste efectividad del tratamiento psicológico en comparación con el tratamiento de referencia	293
7.4.2 Optimización de la eficiencia del tratamiento psicológico	294
7.5 Sobre la posibilidad de generalizar los resultados de este estudio	296
7.6 Limitaciones	298
7.6.1 Valores perdidos	298

7.6.2. Mantenimiento de los resultados a largo plazo	299
7.6.3 Variables del terapeuta	301
7.6.4 Estudio archivístico	302
7.6.5 Efectos de la baja validez interna.....	303
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.	307
<i>8.1 Conclusiones a partir del estudio.....</i>	<i>309</i>
<i>8.2 Implicaciones prácticas.....</i>	<i>311</i>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	317
ANEXO I. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.	341
ANEXO II. TABLAS DE DATOS ADICIONALES.	351

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I-I. DEONTOLOGÍA Y VALIDACIÓN EMPÍRICA DE LAS TERAPIAS.	33
TABLA 1.1. REQUISITOS PARA LOS TEAS.	45
TABLA 1.2. LISTADO DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS CON APOYO EMPÍRICO.	46
TABLA 1.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA TASK FORCE DE LA DIVISION 29.....	54
TABLA 1.4. CONTRAPOSICIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA EN CONTEXTO CLÍNICO E INVESTIGADOR..	59
TABLA 1.5. DIFERENCIAS ENTRE LOS TRATAMIENTOS EN CONDICIONES CLÍNICAS Y CONTROLADAS	63
TABLA 2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR EN EL DSM-5.	84
TABLA 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE EN EL DSM-5	85
TABLA 2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO EN LA CIE-10.....	86
TABLA 2.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN LA CIE-10.....	88
TABLA 2.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DISTIMIA EN LA CIE-10	90
TABLA 3.1. TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE APOYADOS CONSIDERADOS POR LA DIVISIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA, POR GRADO DE APOYO.....	103
TABLA 3.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS “DE ALTA INTENSIDAD” CONSIDERADOS POR EL NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELENCE Y SU NIVEL DE RECOMENDACIÓN.	105
TABLA 3.3. NIVELES DE EVIDENCIA CONSIDERADOS EN LA GPC DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO DEL SNS	106
TABLA 3.4 FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES CONSIDERADAS EN LA GPC DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO DEL SNS	107
TABLA 3.5. RECOMENDACIONES CONSIDERADAS EN LA GPC DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO DEL SNS, POR FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	108
TABLA 3.6. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL	112
TABLA 3.7. PRINCIPALES DISTORSIONES COGNITIVAS EN EL PENSAMIENTO DEPRESIVO.....	117
TABLA 3.8. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL.....	124
TABLA 3.9. COMPONENTES COMUNES A LOS PRINCIPALES TEAS PARA LA DEPRESIÓN.	127
TABLA 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO).....	153
TABLA 5.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO	154
TABLA 5.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO	159
TABLA 5.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO	165
TABLA 5.5. PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO EN LAS PRUEBAS PSICOMÉTRICAS MÁS ADMINISTRADAS	166
TABLA 6.1. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO Y DE TÉCNICAS EMPLEADAS CON LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO Y SU SEGUIMIENTO.	197
TABLA 6.2. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO Y DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DE LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO Y SU SEGUIMIENTO.	198
TABLA 6.3. TÉCNICAS INCLUIDAS EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO ..	199
TABLA 6.4. TÉCNICAS INCLUIDAS EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	201
TABLA 6.5. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.	204
TABLA 6.6. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DE LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	206
TABLA 6.7. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS EN LOS CASOS EN LOS QUE SE APLICAN	209
TABLA 6.8. NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS EN LOS CASOS EN LOS QUE SE APLICAN, DE ENTRE AQUELLOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO.....	210
TABLA 6.9. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO.....	213
TABLA 6.10. CONTRASTES DE HIPÓTESIS SOBRE LA MAGNITUD Y LA SIGNIFICACIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO EN LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.	215

TABLA 6.11. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN MEDIDOS MEDIANTE EL BDI-II.	217
TABLA 6.12. CONTRASTES DE HIPÓTESIS SOBRE LA MAGNITUD Y LA SIGNIFICACIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO EN LAS PUNTUACIONES DEL BAI.	220
TABLA 6.13. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN MEDIDOS MEDIANTE EL BAI.	222
TABLA 6.14. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE COMPLETAN.	223
TABLA 6.15. ANÁLISIS DEL EFECTO DE POTENCIALES VARIABLES DE CONFUNDIDO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.	232
TABLA 6.16. ANÁLISIS DEL EFECTO DE POTENCIALES VARIABLES DE CONFUNDIDO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BAI.	235
TABLA 6.17. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS MEDIDAS PRETRATAMIENTO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.	236
TABLA 6.18. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS VARIABLES MODERADORAS DE LA LITERATURA EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.	240
TABLA 6.19. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS MEDIDAS PRETRATAMIENTO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BAI.	244
TABLA 6.20. ANÁLISIS DEL EFECTO LAS VARIABLES MODERADORAS DE LA LITERATURA EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BAI.	248
TABLA 6.21. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.	249
TABLA 6.22. ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BAI.	252
TABLA 6.23. COMPARACIÓN DE COSTE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PSICOLOGÍA CON TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE REFERENCIA.	257
TABLA II-IDIFERENCIAS NO SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE COMPLETAN EN MEDIDAS GRAVEDAD A TRAVÉS DE CUESTIONARIO.	357
TABLA II-II.....DIFERENCIAS NO SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE COMPLETAN EN VARIABLES DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE CONFUNDIDO.	354
TABLA II-III. DIFERENCIAS NO SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE COMPLETAN EN VARIABLES CUALITATIVAS.	355

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 6.1. COMPARATIVA DEL USO DE TÉCNICAS EN LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO Y EL CONJUNTO DE LA MUESTRA.....	203
FIGURA 6.2. COMPARATIVA DEL NÚMERO DE SESIONES DEDICADAS A LAS PRINCIPALES TÉCNICAS EN LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO Y EL CONJUNTO DE LA MUESTRA.....	207
FIGURA 6.3. COMPARATIVA DEL NÚMERO DE SESIONES DEDICADAS A LAS PRINCIPALES TÉCNICAS EN LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO Y EL CONJUNTO DE LA MUESTRA, TENIENDO EN CUENTA ÚNICAMENTE AQUELLOS EN LOS QUE SE APLICA LA TÉCNICA.....	211
FIGURA 6.4. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO, SEGÚN EL ABANDONO PREMATURO DE LA INTERVENCIÓN O LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	212
FIGURA 6.5. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES PRETRATAMIENTO DEL SCL-90-R EN EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN Y LOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	227
FIGURA 6.6. DIFERENCIAS EN EL NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTO RECIBIDAS POR LOS PACIENTES QUE ABANDONAN Y LOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO.....	227
FIGURA 6.7. DIFERENCIAS EN EL NÚMERO DE TÉCNICAS DE TRATAMIENTO APLICADAS A LOS PACIENTES QUE ABANDONAN Y LOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	228
FIGURA 6.8. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE ADHERENCIA A LAS SESIONES ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN Y LOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	228
FIGURA 6.9. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE ADHERENCIA A LAS PAUTAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN Y LOS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO	229
FIGURA 6.10. DIFERENCIAS EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II PRETRATAMIENTO EN FUNCIÓN DEL MÉTODO DIAGNÓSTICO EMPLEADO EN LA EVALUACIÓN.....	233
FIGURA 6.11. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZA EL ÍNDICE DE CAMBIO FIABLE PARA EL BDI-II A PARTIR DEL USO DEL MÉTODO DIAGNÓSTICO EMPLEADO EN LA EVALUACIÓN.....	233
FIGURA 6.12. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DE LA EEAG PRETRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO FIABLE EN EL BDI-II.....	237
FIGURA 6.13. RELACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES EN EL BDI-II PRETRATAMIENTO Y LA REDUCCIÓN EN LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II.....	237
FIGURA 6.14. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II PRETRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO FIABLE EN EL BDI-II.....	238
FIGURA 6.15. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DEL BAI PRETRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN EL BDI-II.....	238
FIGURA 6.16. DIFERENCIAS EN LA EDAD AL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN EL BDI-II.....	241
FIGURA 6.17. DIFERENCIAS EN LA DURACIÓN DEL PROBLEMA DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO FIABLE EN EL BDI-II.....	241
FIGURA 6.18. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DE LA EEAG PRETRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN EL BAI.....	245
FIGURA 6.19. RELACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES EN EL BAI PRETRATAMIENTO Y LA REDUCCIÓN EN LAS PUNTUACIONES DEL BAI.....	245
FIGURA 6.20. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DEL BAI PRETRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO FIABLE EN EL BAI.....	246
FIGURA 6.21. DIFERENCIAS EN LAS PUNTUACIONES DEL SCL – ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL DE LOS PACIENTES QUE ALCANZAN Y QUE NO ALCANZAN EL CAMBIO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN EL BAI.....	246
FIGURA 6.22. DIFERENCIAS EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II EN FUNCIÓN DE LA APLICACIÓN DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	250
FIGURA 6.23. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZA EL ÍNDICE DE CAMBIO FIABLE PARA EL BDI-II A PARTIR DEL USO DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	250
FIGURA 6.24. DIFERENCIAS EN LA REDUCCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL BAI EN FUNCIÓN DE LA APLICACIÓN DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.....	253
FIGURA 6.25. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZA EL ÍNDICE DE CAMBIO FIABLE PARA EL BAI A PARTIR DEL USO DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	253

Resumen

Objetivos: este trabajo pretende analizar la realidad asistencial de los trastornos depresivos, a partir de un estudio observacional mediante estrategias de descriptivas y de comparación. Más específicamente, los objetivos del presente estudio son: evaluar las características de los tratamientos basados en la evidencia empírica en la práctica asistencial; su efectividad a la hora de reducir la sintomatología depresiva y las variables asociadas a la misma; y su eficiencia.

Método: se trata de un estudio de carácter retrospectivo y archivístico que recoge los resultados de intervenciones psicológicas ocurridas en el medio natural, seguidas de forma longitudinal. Se seleccionó una muestra propositiva compuesta por 89 casos diagnosticados de trastorno depresivo mayor (80,9%) o de distimia (19,1%) en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM. Un 78,7% de los casos eran mujeres, y un 48,3% de los casos seguía un tratamiento farmacológico; la duración promedio del problema fue de 30,9 meses y la puntuación promedio en el BDI-II en el pretratamiento fue de 33 puntos. Diversas variables demográficas, clínicas y de la intervención fueron evaluadas para responder a los objetivos del estudio.

Resultados: los pacientes recibieron un tratamiento individualizado y autocorrectivo basado fundamentalmente en psicoeducación, reestructuración cognitiva, activación conductual, técnicas de relajación, entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales, entre otras técnicas, hasta un promedio de siete, durante una media de 18 sesiones semanales. Un 35,96% de los pacientes terminó prematuramente la intervención, siendo la adherencia a las técnicas y a las sesiones y el índice de severidad global del SCL-90-R variables

asociadas de modo significativo al abandono terapéutico. Los tratamientos que terminaron prematuramente fueron significativamente más cortos y emplearon menos técnicas. En total, un 80,3% de los pacientes alcanzó un cambio clínicamente significativo de la sintomatología depresiva según el BDI-II, y un 86,2% según el BAI. La reducción en las puntuaciones del BDI-II se asoció con el empleo de entrenamiento en habilidades sociales; además, los pacientes más graves y los diagnosticados a partir del BDI-II y el juicio clínico mejoraron más. Los pacientes más jóvenes, los que obtuvieron una puntuación menor en el BAI y el índice de severidad global del SCL-90-R pretratamiento, y los que tuvieron mejor nivel de funcionamiento global, según la EEAG, alcanzaron la remisión con una probabilidad significativamente superior.

El tratamiento fue coste – efectivo en relación a la intervención farmacológica aplicada en Atención Primaria; específicamente, el coste directo promedio de incrementar un 1% el porcentaje de la muestra tratada que experimentó recuperación en Atención Primaria fue mayor que el tratamiento psicológico basado en la evidencia en un 34,9% (sólo tratamiento) o en un 11,0% (tratamiento más evaluación)

Discusión: se constata para el presente estudio que los tratamientos aplicados en la practica asistencial desde la perspectiva de la práctica clínica basada en la evidencia para la depresión son similares en duración, técnicas y “dosis” de las mismas a los tratamientos empíricamente apoyados, especialmente a la terapia cognitiva de Beck, aunque incluyen elementos adicionales, a partir del juicio del clínico, que en el caso de las técnicas de relajación y la solución de problemas no parecen contribuir de forma significativa a la mejoría. No es posible valorar de modo fiable el efecto de las técnicas de reestructuración cognitiva y activación conductual; hay pues espacio para la reducción y mejora de la eficiencia de las intervenciones.

La efectividad de la intervención a partir de la comparación de tamaños del efecto y porcentajes de remisión, fue comparable o superior a la de otras intervenciones en contextos asistenciales o investigadores, con un porcentaje de abandonos elevado, pero consistente con

lo hallado en otros centros universitarios. Estos resultados no se vieron afectados por variables potencialmente de confusión como el abono de una tarifa reducida para miembros de la comunidad universitaria, el uso un tratamiento farmacológico coadyuvante, o el diagnóstico de distimia frente al de depresión mayor. El medio de emisión del diagnóstico, según SCID o juicio clínico, no obstante, sí introdujo diferencias.

La ausencia de un efecto significativo de la duración de las intervenciones, y la evidencia de que los pacientes que terminan prematuramente el tratamiento se beneficiaron del mismo, es consistente con un modelo de “nivel suficiente de funcionamiento” (GEL), según el cual los pacientes continúan en la intervención hasta que deciden que han mejorado lo bastante en relación a los costes – subjetivos y objetivos – que supone el tratamiento.

La generalizabilidad de los resultados del estudio resulta elevada de acuerdo a criterios estandarizados. Entre las limitaciones del estudio están la ausencia de seguimiento a largo plazo para muchos casos; el elevado número de valores perdidos en las medidas postratamiento – habitual en la práctica asistencial, por otro lado; y la naturaleza archivística del estudio, que impide introducir adecuados controles experimentales, y puede reducir su validez interna.

Conclusiones: este estudio viene a reforzar la evidencia empírica sobre la efectividad de la terapia basada en la evidencia para los trastornos depresivos en contextos de práctica clínica asistencial. El patrón de cambio de los pacientes parece consistente con la búsqueda de un nivel suficiente de funcionamiento.

Adicionalmente, la intervención psicológica basada en la evidencia resultó más cara pero más eficiente en cuanto a costes sanitarios directos que la intervención desarrollada en Atención Primaria, sin que su efectividad se viera reducida en pacientes más graves o más crónicos. Además, existe aún margen para incrementar su eficiencia, posicionándose como un tratamiento altamente competitivo.

A partir de estos resultados, se recomienda prolongar las intervenciones psicológicas hasta la obtención de mejoría al tiempo que se atiende a los costes objetivos y subjetivos de la intervención; emplear la formulación de casos como un medio para reducir la duración del tratamiento y prescindir de elementos superfluos, enfatizando en cambio el abordaje de la temática interpersonal en la depresión.

De cara a futuros estudios, sería interesante desarrollar herramientas de medida que promuevan la adherencia a las mismas y la evaluación longitudinal del caso, y emplear modelos de análisis multivariante para la búsqueda de predictores de mejoría y abandono.

Palabras clave: depresión; práctica basada en la evidencia; efectividad; eficiencia; variables moderadoras.

Abstract

Objectives: the present work aims at analysing the reality of the assistance offered to patients with depressive disorders through an observational study with descriptive and comparative strategies. More specifically, the objectives of this study are: to assess the characteristics of evidence based treatments in healthcare settings; its effectivity at reducing depressive symptoms and other related variables; and its efficiency.

Method: this work constitutes a retrospective and archival study that collects the results of psychological treatments that took place in a natural setting, which were followed up in a longitudinal fashion. An intentional sample of 89 cases diagnosed with either Major Depressive Disorder (80,9%) or Dysthymia (19,1%) at the “Clínica Universitaria de Psicología” [University Psychology Clinic] of the UCM was gathered. 78,7% of all cases were women, and 48,3% were undergoing pharmacological treatment; average length of current episode was 30,9 months, and average score on the BDI-II was 33 points. Several demographic, clinical and treatment variables were recorded to address the objectives of the study.

Results: patients received individualized, self-corrective treatments based upon psychoeducation, cognitive restructuring, behavioural activation, relaxation techniques, problem solving and social skills training, among other techniques up to a mean number of seven techniques, during 18 weekly sessions on average. A 35,96% of all patients terminated the intervention prematurely, with adherence to sessions and techniques and the global severity index of the SCL-90-R significantly associated to dropout. Treatments that ended prematurely were shorter and comprised fewer techniques in a significant way. Of the total sample, 80,3% patients reached a clinically significant change in depressive symptoms measured with the BDI-II, 86,2% with the BAI. The amount of reduction on BDI-II scores was

related to the use of social skills training; moreover, more severely disturbed patients and those diagnosed through BDI-II and clinical judgement had a better improvement. Younger patients, those with lower pre-treatment scores on the BAI and the global severity index of the SCL-90-R, and those with better functioning, assessed through the GAF, reached remission with a significantly higher chance.

Treatment was cost-effective related to pharmacological treatment delivered at Primary Care; specifically, direct average costs of increasing in 1% the amount of the treated sample that reached remission in Primary Care was 34,9% (considering just treatment) or 11,0% (considering assessment and treatment) higher than that of the evidence based psychological treatment.

Discussion: it is confirmed in the present study that treatments delivered at a healthcare setting with an evidence based clinical practice approach are equivalent in length, techniques and “dosage” to the empirically supported treatments, specially Beck’s cognitive therapy, although additional components are included on the basis of clinical judgement; in the case of relaxation techniques and problem solving training, they don’t seem to increase improvement in a significant manner. It’s not possible to reliably assess the effect of cognitive restructuring and behavioural activation; therefore, there is room for treatment reduction and cost-effectiveness improvement.

Treatment’s effectivity, based upon the contrast with effect sizes and improvement ratios, was as good as or better than other treatments in healthcare or research settings, with a high dropout rate, but consistent with that found at other university settings. These results were not affected by potentially confounding variables as the payment of a reduced fee for the members of the university community, the use of adjunctive pharmacological treatment, or the diagnosis of Dysthymia versus Major Depressive Disorder. On the other hand, the diagnostic procedure, whether it was SCID or clinical judgement, did produce differences.

The lack of a significant effect of treatment duration, and the evidence that patients that prematurely terminated interventions did nonetheless benefit from them is consistent with a “good enough level” (GEL) model, which states that patients undergo treatment until they decide that they have improved enough related to objective and subjective costs of treatment.

Generalizability of the results of this study is high according to standardized criteria. Among the limitations of this study are the lack of long term follow up for many cases, the high amount of missing values among post treatment measures – which is nonetheless common in healthcare clinical practice; and the archival nature of the study, which precludes the use of adequate experimental controls and hence might hamper its internal validity.

Conclusions: this study supports the empirical evidence on the effectivity of evidence – based treatment of depressive disorders in healthcare settings. Patients’ change pattern seems consistent with the seeking of a good enough level.

Additionally, evidence-based psychological intervention was more expensive, but also more cost-effective, regarding direct healthcare costs, than treatment delivered in Primary Care settings. Moreover, there is room for further increase of its efficiency, positioning evidence based psychological treatment as a highly competitive treatment option.

From these results, the prolongation of psychological treatments until improvement is reached, while the objective and subjective costs of the intervention are considered, it’s recommended, as is the use of clinical case formulation as a way of reducing treatment’s length, getting rid of superfluous elements and emphasizing instead the interpersonal themes of depression.

Regarding future studies, the development of measure tools that promote adherence to its use and longitudinal follow up, and the use of multivariate methods to identify dropout and improvement predictors, are encouraged.

Keywords: depression: evidence based practice; effectivity; cost-effectiveness; moderating variables.

Introducción

Desde sus inicios hace más de cien años, la Psicología Clínica ha tenido un desarrollo espectacular. Su implantación en la sociedad española es testigo de ello: Existe la opinión generalizada de que la actuación de los psicólogos es útil y eficaz, sus servicios se buscan y los clientes parecen mostrarse generalmente satisfechos con los mismos (Buela-Casal, 2005); Los estudios de psicología se encuentran entre los más demandados por los estudiantes universitarios (Hernández Gordillo, 2003); los Colegios de Psicólogos cuentan con miles de colegiados, de los cuales una mayoría se dedica a la práctica clínica de modo habitual o preferente (SEPCyS, 2009); la sociedad valora positivamente al profesional de la psicología, le atribuye un estatus científico y profesional similar al de la medicina, y sus servicios aparecen como preferibles a los de otros profesionales que ofrecen atención en Salud Mental (Buela-Casal, 2005). Sin embargo, la profesión dista mucho de ofrecer un panorama unitario; a lo largo de su desarrollo teórico, la Psicología ha producido una gran diversidad de enfoques y sigue en constante crecimiento. Sólo en España, Santolaya, Berdullas y Fernández (2001) recogen hasta diez paradigmas terapéuticos distintos representados en una proporción reseñable entre los profesionales de la Psicología, número que palidece ante las más de 250 terapias diferentes catalogadas por Herink (1980) y las casi 400 terapias distintas inventariadas por Kazdin, Kratochwill y VandenBoss (1986), la mayoría de las cuales ha de tener, necesariamente, un reducido número de practicantes. Esta heterogeneidad se puede interpretar de diversos modos, y sin duda puede tener un carácter enriquecedor pero no obstante hemos de considerar que encierra riesgos (cfr. Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000):

- La fragmentación de los enfoques en psicología clínica dificulta la comunicación y el acuerdo entre profesionales y no promueve una visión sólida y unitaria de la disciplina.
- Muchos de los modelos teóricos, no ajenos al divorcio creciente entre el mundo académico y la práctica clínica, tienen un sustento empírico frágil, que debilita al conjunto de la psicología, en su estatus científico y profesional. Así, la ausencia de guías y referentes claros supone un riesgo real de incurrir en una práctica de baja

calidad, poco fundamentada o desactualizada.

- A pesar de la percepción de utilidad de la psicología, su consideración como una disciplina científica por parte del gran público está lejos de ser positiva (Lilienfeld, 2012). En el último informe sobre percepción de la ciencia y la tecnología en España, la valoración acerca de cómo de científica era la psicología, en una escala de 0 a 5, obtuvo un resultado medio de 3,63, lo que pone a la disciplina más cerca de la homeopatía (2,86) que de la medicina (4,68) (FECYT, 2013).
- En la sociedad moderna la psicología debe competir contra múltiples alternativas terapéuticas para alcanzar el reconocimiento del público y de los gestores de programas sanitarios, quienes, ante el incremento de los costes de la atención clínica, son cada vez más exigentes con la fundamentación empírica de las intervenciones.

Algunos de estos riesgos han estado presentes durante la mayor parte del siglo pasado: ya en los años 50 del siglo XX Hans Eysenck señaló en una conferencia la fragilidad del sustento empírico de la práctica clínica en psicoterapia. En las seis décadas subsiguientes a la polémica conferencia de Eysenck, un amplio debate sobre el estatus empírico de la psicología clínica ha centrado buena parte de la atención y los recursos de la profesión: Desarrollos como el meta- análisis, a finales de los años 70, y movimientos como el de la “Medicina basada en la evidencia”, a principios de los 80, con la posterior popularización de Guías de Práctica Clínica (GPCs) han tenido gran impacto en el panorama. Pero sin duda un papel protagonista corresponde al grupo de trabajo de la División de Psicología Clínica de la APA sobre “tratamientos empíricamente apoyados” (TEAs) y la intensa disputa teórica que desencadenó la consideración de los tratamientos psicológicos en los términos de eficacia propuestos por el grupo de trabajo. Tras todo este debate, que no puede todavía darse por concluido, persiste una división entre los partidarios de técnicas y procesos específicos como eje del cambio y los defensores del “veredicto del pájaro dodo”, la hipótesis de que factores inespecíficos ligados a la relación terapéutica subyacen a la eficacia de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, a

pesar de esta disyuntiva, hoy más cerca de cerrarse que nunca, existe un consenso indiscutido sobre la necesidad de que la práctica de la psicología clínica tenga un sustento de evidencia empírica, constituido por investigaciones que combinen en la medida de lo posible la validez interna y la externa, desarrolladas en un contexto ecológicamente válido. Estos principios están recogidos en los códigos éticos de la mayoría de las instituciones profesionales en psicología, como la Asociación Americana de Psicología (APA) o el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) español (ver tabla 1) y suponen, por tanto, un imperativo claro para que todos los practicantes de la Psicología se comprometan con una práctica de la Psicología Clínica basada en la evidencia empírica.

Tabla I-I

Deontología y validación empírica de las terapias.

Código Ético de la *American Psychological Association* (APA, 1992)

Art. 1.05. Mantenimiento de la capacidad profesional. Los psicólogos que realizan evaluación, terapia, formación, asesoramiento organizacional u otras actividades profesionales, mantendrán un nivel razonable de conocimiento de la información científica y profesional en los campos de su actividad y llevarán a cabo los esfuerzos necesarios para mantener su competencia en las habilidades que usen. **Art. 1.06 Bases para los juicios científicos y profesionales.** Los Psicólogos se basarán en el conocimiento científico y profesional cuando formulen juicios científicos o profesionales o cuando estén implicados en tareas académicas o profesionales.

Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (COP, 1993)

Art. 18. Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.

No obstante, incluso el mejor ejemplo de práctica clínica que supone la psicología basada en la evidencia obtiene resultados limitados: un porcentaje importante de los pacientes abandona los tratamientos, y otro porcentaje significativo no se beneficia de ellos todo lo deseable. El descubrimiento de los principios de cambio que subyacen a las intervenciones psicológicas y el efecto de las variables del paciente y de la relación terapéutica que pueden actuar como moderadoras del resultado terapéutico es el horizonte actual de la investigación en psicología clínica.

Dentro de este esfuerzo investigador, los trastornos depresivos, con su elevada prevalencia y la relevancia que les dan sus enormes costes económicos y personales, aparecen como un objetivo preferente a abordar. Por un lado, existen abundantes intervenciones para la depresión, y muchas de ellas cuentan con un gran corpus de investigación a sus espaldas, a pesar de lo cual la efectividad de todas ellas resulta ser limitada. Por otro lado, la gran frecuencia de la sintomatología depresiva en la práctica clínica facilita este empeño con una abundancia de pacientes afectados, y necesitados de una respuesta.

El presente trabajo pretende acercarse a la realidad de la práctica basada en la evidencia en psicología clínica para los trastornos depresivos, desde la revisión de la teoría y el desarrollo de un trabajo empírico, diferenciados en dos partes.

En la primera de ellas, la parte teórica, se procede a revisar el estado de la cuestión de la evaluación de los tratamientos psicológicos (*Capítulo 1*), siguiendo un formato de revisión narrativa histórica. A continuación, se analizarán los trastornos depresivos a la luz de las clasificaciones nosológicas actuales, junto con las dificultades y limitaciones que estas imponen a su estudio (*Capítulo 2*). Por último, se comentará el estado del arte de la intervención psicológica en los trastornos depresivos, considerando la práctica clínica basada en la evidencia (*Capítulo 3*).

En la segunda parte, la parte práctica, se desarrollará un estudio empírico, observacional, de tipo archivístico y retrospectivo, sobre la realidad de la atención psicológica a los pacientes que sufren trastornos depresivos en un centro clínico asistencial que aplica un enfoque de práctica clínica basada en la evidencia. El estudio pretende abordar las características de las intervenciones, sus resultados y las variables moderadoras de los mismos para los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para los trastornos depresivos. Se exponen los objetivos e hipótesis del trabajo (*Capítulo 4*), el método seguido para el desarrollo del mismo (*Capítulo 5*), los resultados (*Capítulo 6*), su discusión a la luz de la literatura sobre el tema (*Capítulo 7*) y finalmente, las conclusiones del trabajo y sus implicaciones prácticas (*Capítulo 8*).

Parte teórica

CAPÍTULO 1.

La evaluación de los tratamientos psicológicos

*“En ausencia de la ciencia, prevalece la opinión”
H. J Eysenck.*

Aunque el interés por la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos ha estado presente desde los inicios de la psicoterapia, los acercamientos a este tema han variado sustancialmente a lo largo de los últimos 100 años. Desde un panorama basado en los estudios exploratorios de caso único a principios de siglo, se pasó a los estudios retrospectivos en los años 20, 30 y 40, con resultados en forma de porcentajes de éxito, valorados mediante la opinión subjetiva de las personas implicadas en el estudio (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Se presentan a continuación una serie de hitos fundamentales para entender la importantísima transformación que ha dado paso, desde esta situación inicial, al momento presente.

1.1 El “Informe Eysenck”

A principios de la década de los 50, Hans Eysenck pronunció una conferencia en la British Psychological Society cuyas conclusiones quedarían plasmadas en un artículo publicado en *Journal of Consulting Psychology* en 1952. El impacto producido por estos dos hechos fue proporcionado al alcance de las afirmaciones de su autor, no siempre bien entendidas: que la eficacia de los tratamientos psicológicos no era un hecho constatado, sino que, esencialmente, estaba todavía por demostrar (Eysenck, 1952).

La base para estos asertos era un estudio en el que Eysenck comparaba las tasas de pacientes neuróticos “mejorados” o “curados” referidos por diversos estudios de psicoterapia de orientación psicoanalítica o ecléctica, encontrando en todos ellos tasas de recuperación en torno al 66% de los pacientes tratados. Este dato, en apariencia halagüeño, se venía abajo al comprobarse que las tasas de mejoría informadas en pacientes que no recibían psicoterapia alguna, o que eran tratados de modo no especializado, era igualmente de aproximadamente dos tercios del total.

En una revisión posterior de su trabajo (Eysenck, 1960) Eysenck ampliaba los datos del estudio con muestras de neuróticos, soldados y niños con trastornos emocionales, obteniendo resultados similares a los anteriores, con una salvedad: el índice de abandonos, más elevado en las terapias psicoanalíticas que en las eclécticas o comportamentales se traducía en una eficacia reducida para las terapias dinámicas cuando estos casos se tenían en cuenta.

Adicionalmente al problema de los abandonos (aproximadamente el 50% de los pacientes no finalizaba los tratamientos psicoanalíticos), otros autores (Bayés, 1984; Rachman, 1973) han ido señalando otras deficiencias metodológicas en la manera en la que se consideraba la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos, apuntando a la ausencia de un límite de tiempo para las terapias, que llegaban a “dosis” de hasta cuatro o cinco visitas semanales durante un periodo medio de tres o cuatro años, el recurso sistemático al juicio subjetivo como criterio de mejoría, la selección previa de los pacientes y la práctica ausencia de seguimientos, poco frecuentes y nunca superiores a 6 meses. Muchas de estas deficiencias, no obstante, serían aplicables también a tratamientos de corte conductual (Bayés, 1984)

Estos datos generaron gran revuelo, y, en su momento y en los años posteriores fueron tanto ampliamente aplaudidos y ampliados (Avnet, 1965; Frank, 1968; Levitt, 1957, 1963, 1971; Rachman, 1971, 1973; Shepherd y Gruenberg, 1957; citados en Bayés, 1984) como discutidos y rebatidos (Luborsky, 1954; Rosenzweig, 1954; Strupp, 1963; citados en Bayés, 1984). En cualquier caso, la polémica estaba servida: durante los siguientes 50 años el tema de la valoración de la eficacia de las terapias psicológicas, los avances metodológicos orientados al desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces y el alcance de los resultados obtenidos han estado presentes en todo momento. Actualmente, una búsqueda bibliográfica en un buscador como “psycinfo”, referida al periodo de los últimos cinco años, por las palabras clave “Treatment efficacy” o “Treatment effectiveness”, y “Psychological treatment” o “Psychotherapy”, restringida a revistas científicas revisadas por pares, arroja más de 1500

resultados, consolidando el tema de la eficacia de los tratamientos psicológicos como uno de los más activos y productivos en el panorama de la psicología actual.

Sin duda alguna, la principal aportación de este estudio y la pequeña revolución que trajo consigo ha sido la de poner sobre la mesa un debate trascendental y obligar a considerar el nivel de rigor metodológico necesario para obtener resultados verdaderamente concluyentes.

1.2 Los estudios meta analíticos

Tras el impacto inicial del “informe Eysenck”, se produjo un interés claro por el estudio de la eficacia de las terapias psicológicas, pasando del simple interés demostrativo de los años 50-60 (¿Qué terapias psicológicas son más eficaces?) a una búsqueda de las variables específicas que incidían en la eficacia de los tratamientos (Goldfried y Wolfe, 1996). Para comprender que este debate diera un giro hacia la especificidad es importante considerar el papel de las técnicas meta-analíticas.

Este conjunto de técnicas, basadas en la comparación del tamaño del efecto (TE por sus siglas en español; “*Effect Size*” o ES en inglés) de un tratamiento concreto, definido como “... *the mean difference between the treated and control subjects divided by the standard deviation of the control group*”¹ (Smith y Glass, 1977, p.753) - o por la desviación típica de la muestra que forman ambos grupos (Egger, Smith y Phillips, 1997) - pretendían aplicar controles estadísticos que permitieran dejar atrás la subjetividad y los sesgos propios de las revisiones tradicionales de la literatura. En el primer meta-análisis llevado a cabo en el campo de la psicoterapia, Smith y Glass compararon 833 TEs extraídos de 375 estudios en los que estuvieron implicados más de 25000 sujetos experimentales y controles, a la luz de 16 variables independientes, entre las que se consideraban la filiación teórica, características de la terapia y de los pacientes

¹ “... *la diferencia media entre los sujetos tratados y los sujetos controles dividida por la desviación típica del grupo de control*”

tratados. De este análisis los autores concluían que la psicoterapia, de la que consideraban fundamentalmente las variantes conductuales frente a las no conductuales, era generalmente eficaz y superior a la ausencia de tratamiento. Un análisis posterior (Smith, Glass y Miller, 1980) arrojó resultados similares. Sus conclusiones, lejos de cerrar el debate sobre qué tratamientos psicológicos obtenían mejores resultados, habrían de detonar una nueva polémica; en los años siguientes, se sucedieron las réplicas más o menos entusiastas (Shapiro, Sank, y Shaffer, 1982) y las críticas a las conclusiones de Smith y Glass (1977) y los estudios de sus valedores, basadas en los siguientes argumentos (Rachman y Wilson, 1980; Wilson y Rachman, 1983):

- El muestreo de estudios de la literatura que llevaron a cabo los autores fue incompleto, y en muchos casos, dejó fuera áreas enteras de la práctica clínica debido a criterios arbitrarios de muestreo. En este sentido las revisiones meta – analíticas no son superiores a las tradicionales.
- La combinación de estudios de diversa calidad metodológica, justificado por los autores como un medio de evitar una pérdida irreparable de información valiosa ante lo que tachan de “sutilezas metodológicas”, introdujo una fuente importante de variabilidad en los resultados. Pese al interés demostrado por los autores en controlar la reactividad a las medidas tomadas, muchas otras formas de varianza error no fueron consideradas, y pudiera ser que su distribución no fuera aleatoria o incluso que su uso sirviera para justificar la bondad de “malos” estudios.
- La clasificación de las distintas terapias en “súper clases” (Terapias Conductuales vs. Terapias no Conductuales) fue de nuevo arbitraria y poco justificada a la luz de la literatura científica, como ocurrió por ejemplo con la inclusión de la Terapia Cognitiva en el mismo bloque que el Psicoanálisis. Más aún, las agrupaciones de terapias seleccionadas oscurecen los datos, resultando TEs muy superiores a favor de las Terapias Conductuales y Cognitivo – Conductuales cuando se llevan a cabo las

comparaciones lejos de estas agrupaciones o con criterios de agrupación diferentes.

- Pese a que sus datos arrojan TEs superiores para las Terapias Conductuales o Cognitivo Conductuales, los autores afirman su equivalencia amparándose en la irrelevancia de las diferencias – sin acudir a criterios clínicos o estadísticos convincentes (Hunsley y Di Giulio, 2002) o su origen en la reactividad de las medidas; estos extremos han sido reanalizados por diversos autores (Andrews y Harvey, 1981; Rachman y Wilson, 1980; Wilson y Rachman, 1983) que, partiendo de los mismos datos, llegan a conclusiones enteramente distintas, en la línea de la superioridad de las terapias Conductuales y Cognitivo-Conductuales.

Parece pues claro que el meta – análisis no vino a traer la objetividad total que prometía ni a resolver el debate sobre la eficacia de la psicoterapia, y se ha puesto de manifiesto su vulnerabilidad a las decisiones arbitrarias sobre muestreo, selección, agrupación o interpretación de sus resultados (Dieckmann, Malle, y Bodner, 2009; Hofmann y Lohr, 2010; Kazdin, Kratochwill, y VandenBos, 1986; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Adicionalmente, la amplia disparidad de los estudios incluidos supone que se ha igualado, de entrada, cosas enormemente dispares, arriesgándonos por tanto a obtener conclusiones vagas, excesivamente generales y poco informativas que ocultan en realidad resultados específicos, (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000) máxime cuando las conclusiones obtenidas se prestan a extenderse a la totalidad de las terapias psicológicas practicadas (Luborsky et al., 2003), cuando el grueso de ellas, como la Programación Neurolingüística o el Análisis transaccional (sean más o menos frecuentes en la práctica clínica), no se ha sometido a validación empírica ni forma parte de los meta – análisis (Hunsley y Di Giulio, 2002).

En este estado de las cosas, observamos como los estudios meta – analíticos realizados posteriormente se han ido centrando en cuestiones más específicas, (Reid, 1997) de las que, dicho sea de paso, no se ha logrado extraer un consenso fiable. Docenas de meta – análisis han analizado los mismos conjuntos de datos para obtener conclusiones dispares (Barlow, 2010).

Sin duda el meta-análisis ha producido avances importantes (Hunsley y Di Giulio, 2002) y ha sido una de las herramientas metodológicas sobre las que ha girado el debate, desde las cuestiones relativas a la eficacia de la psicoterapia entendida como un todo, a cuestiones centradas en la especificidad de tratamientos concretos para problemas concretos en condiciones concretas, probando ser una herramienta útil en la medida en que se aplican adecuados controles metodológicos, pero no la panacea estadística que algunos creyeron encontrar.

1.3 El informe de la “*Task Force on the promotion and dissemination of psychological procedures*”

Entrados los años 80, y al hilo del debate originado por el meta análisis, la pregunta sobre la eficacia de la terapia psicológica se encontraba en un planteamiento mucho más concreto y específico del problema, retomando la pregunta clásica de Paul: “*What treatment, by whom, is most effective for this individual, with that specific problem, and under which set of circumstances?*”² (Paul, 1967, p. 111). Es en este contexto cuando a finales de los años 80, surge en el Reino Unido un amplio movimiento conocido como “Medicina Basada en la Evidencia”, que partía de las siguientes premisas (Chambless y Ollendick, 2001):

- La atención que reciben los pacientes puede mejorarse mediante la adquisición y el uso de conocimiento empírico actualizado.
- Para los clínicos, es difícil mantenerse en contacto con la evidencia científica relevante para su práctica clínica.
- Si no lo hacen, su conocimiento y rendimiento clínico se deteriora a lo largo de los años desde su entrenamiento.

² “¿Qué tratamiento, aplicado por quién, es más efectivo para este individuo, con aquel problema concreto, y en que circunstancias?”

- En consecuencia, los clínicos necesitan resúmenes del estado de la evidencia preparados por expertos, e instrucciones de cómo acceder y emplear esa información en su práctica habitual.

Este movimiento coincide en el tiempo con un periodo en el que se acrecientan las presiones externas (sociales, políticas, económicas, derivadas de la competencia con la industria farmacéutica...) de cara a la valoración de la eficacia de los tratamientos aplicados (Bayés, 1984), y si bien algunas de estas presiones resultan ser muy dependientes del contexto social y sanitario americano, como la dependencia de los seguros médicos (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Rodríguez Morejón, 2004) no por ello dejan de ser en parte asumibles en el contexto de los modelos sanitarios europeos.

El resultado de esta combinación de factores se plasma en la decisión, tomada en 1993 por la División 12 de la APA (Psicología Clínica), de crear un grupo de trabajo para la promoción y diseminación de tratamientos psicológicos eficaces (*"Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures"*) compuesto por un grupo de profesionales de reconocido prestigio bajo la dirección de Dianne Chambless y, lo más importante, de orientación teórica diversa. Basándose en los avances representados por el DSM – III (APA, 1980) y el manual de Beck, Rush, Shaw y Emery de "Terapia Cognitiva para la depresión" (1979), los miembros de la "Task Force" consideraron como pilares fundamentales de su trabajo la adecuada clasificación nosológica y la posibilidad de manualizar un tratamiento psicológico complejo. En octubre de 1993 se aprueba el informe y se inicia un proceso de difusión y comentarios previo a su publicación formal, a principios de 1995, mediante su remisión a diversos grupos de discusión, simposios en la convención anual de la APA y la publicación de resúmenes en *"The Clinical Psychologists"*, *"APA Monitor"* y diversas listas de distribución de correo en Psicología Clínica (Chambless y Ollendick, 2001; Chambless y Hollon, 1998).

El informe reunía una serie de criterios metodológicos claros para la valoración de los tratamientos psicológicos, basados en la replicabilidad de los tratamientos mediante el desarrollo de manuales, la presencia de grupos de comparación (otros tratamientos o grupos de control), el uso de diseños experimentales claros y de muestras bien especificadas. En función del grado de observancia de estas características, se adscribía a los tratamientos a un determinado nivel de eficacia: TEAs (TEAs) o tratamientos probablemente eficaces, siendo los tratamientos no probados con los criterios de la “*Task Force*” considerados tratamientos experimentales. Los criterios pueden consultarse en la tabla 1.1.

Otros criterios, esencialmente similares a los de Chambless et al. han sido desarrollados posteriormente por otros equipos de investigación (Kendal y Chambless, 1998; Nathan y Gorman, 1998; Roth y Fonagy, 1996; Spirito, 1999), desarrollando otras categorías como las de los tratamientos eficaces y específicos (superiores no sólo a la ausencia de tratamiento, sino a otros tratamientos), o los tratamientos prometedores (con al menos un estudio riguroso que siga los criterios metodológicos propuestos).

La primera versión del informe incluía también un listado de 25 tratamientos detectados inicialmente como tratamientos empíricamente validados mediante la revisión de las principales revistas y bases de datos, e información acerca del grado de implantación de la enseñanza de estos tratamientos en los diversos programas de formación, doctorado y postgrado en Psicología Clínica. El número de tratamientos incluidos en el listado crecería hasta 33 en la revisión de 1996 (Chambless et al., 1996) y 71 en la revisión de 1998 (Chambless et al., 1998) del trabajo de la “*Task Force*”. El último listado publicado por la “*Task Force*” se incluye a continuación en la tabla 1.2.

Tras el desarrollo de sus informes, la “*Task Force*” se convirtió en un comité permanente de la División 12 y, desde el año 2007, el listado inicial viene siendo difundido, actualizado y

Tabla 1.1.

Requisitos para los TEAs. (Chambless et al., 1998, p. 8).

TEAs (apoyo experimental fuerte)

- I. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos demostrando la eficacia del tratamiento.
 - A. Superior (estadísticamente significativo) a fármaco o placebo psicológico, o a otro tratamiento.
 - B. Equivalente a un tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral adecuado (sobre 30 por grupo).
- II. Una serie importante de diseños experimentales de caso único (igual o superior a 9) demostrando eficacia. Estos experimentos deben:
 - A. Tener buenos diseños experimentales.
 - B. Haber comparado la intervención a otro tratamiento como en I.A
- III. Los experimentos serán llevados a cabo con manuales de tratamiento.
- IV. Las características de la muestra deben estar claramente especificadas.
- V. Los efectos deberán estar demostrados por, al menos, dos investigadores distintos o dos equipos de investigación diferentes.

Tratamientos probablemente eficaces (apoyo experimental modesto)

- I. Dos experimentos demostrando que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera.
 - II. Uno o más experimentos cumpliendo los criterios para tratamientos bien establecidos I, III y IV, pero no el V.
 - III. Una pequeña serie de diseños experimentales de caso único (igual o superior a 3) que cumpla los criterios II, III y IV para los tratamientos bien establecidos.
-

Tabla 1.2

Listado de tratamientos psicológicos con apoyo empírico (Adaptado de Chambless y Ollendick, 2001, pp. 692- 697).

Tratamientos psicológicos de eficacia bien establecida		
Ansiedad y Estrés	Agorafobia con/sin pánico	TCC EXP.
	Ansiedad Generalizada	TCC
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	EXP con Prevención de Respuesta
	Trastorno de Pánico	TCC
	Fobia Específica	EXP
	Estrés	IE
Depresión	Depresión Mayor	TC
		TCC
		TI
Problemas de Salud	Bulimia	TCC
	Cefaleas	TCC
	Dolor por Enfermedad Reumática	TCC Multicomponente
	Deshabitación del Tabaquismo	TCC Multicomponente con Prevención de Recaídas
Problemas Maritales	TC Marital	
Tratamientos Psicológicos Probablemente Eficaces		
Ansiedad y Estrés	Agorafobia con/sin pánico	Entrenamiento en Comunicación de Pareja como Coadyuvante a la EXP
	Ansiedad Generalizada	RA
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	TCg
	Trastorno de Pánico	RA

	Trastorno de Estrés Postraumático	<i>Desensibilización por Movimientos Oculares Rápidos</i> <i>EXP</i> <i>IE</i>
	Ansiedad a hablar en público	<i>DS</i>
	Fobia / Ansiedad Social	<i>TCC</i> <i>DS</i> <i>EXP</i>
	Fobia específica	<i>DS</i>
Depresión	Depresión Geriátrica	<i>TCC</i> <i>Terapia de Reminiscencias (suave – moderada)</i>
	Depresión Mayor	<i>TDB</i> <i>Terapia de Autocontrol</i> <i>Solución de Problemas Sociales</i>
Abuso y Dependencia de Sustancias	Abuso y dependencia del alcohol	<i>Refuerzo comunitario</i> <i>Terapia de exposición a claves</i> <i>EXP a claves con tratamiento hospitalario</i> <i>TC + Disulfiram</i>
	Retirada de las Benzodiazepinas para Trastorno de Pánico	<i>TCC</i>
	Abuso de Cocaína	<i>TC</i> <i>TCC con Prevención de Recaídas</i>
	Dependencia de Opiáceos	<i>TCg</i> <i>TDB</i>
Problemas de Salud	Comer Compulsivo	<i>TI</i>
	Bulimia	<i>TI</i>

	Dolor Crónico (heterogéneo)	<i>TCC con Fisioterapia</i> <i>Biofeedback EMG</i> <i>TC de Operantes</i>
	Dolor Crónico (espalda)	<i>TCC</i>
	Síndrome de Colon Irritable	<i>TCC Multicomponente</i>
	Migraña	<i>BFT + Entrenamiento en Relajación</i>
	Obesidad	<i>Hipnosis con TCC</i>
	Enfermedad de Raynaud	<i>BFT</i>
	Dolor en la Anemia Falciforme	<i>TCg Multicomponente</i>
	Deshabitación del Tabaquismo	<i>Reducción Gradual del tabaquismo con TC Multicomponente</i>
Problemas Maritales	<i>Terapia de Pareja Centrada en las Emociones (sólo casos moderados)</i>	
	<i>Terapia Marital Orientada al Insight</i>	
Disfunciones Sexuales	Deseo Femenino Hipoactivo	<i>Terapia Combinada de Hurlbert</i> <i>Terapia Sexual y Marital Combinada de Zimmer</i>
	Trastorno / Disfunción Orgásmica Femenina	<i>Terapia Sexual de Master y Johnson</i>
Otros	Trastorno Límite de la Personalidad	<i>Terapia Dialéctica Comportamental</i>
	Esquizofrenia	<i>TCg (para alucinaciones)</i> <i>EHS</i>
	Enfermedad Mental Severa	<i>Empleo Apoyado</i>
	Hábitos No Deseados	<i>Técnicas de Control e Inversión de Hábitos</i>

BFT: Biofeedback Temperatura; DS: Desensibilización Sistemática; EHS: Entrenamiento en Habilidades Sociales; EXP: Exposición; IE: Inoculación de Estrés; RA: Relajación Aplicada; TC: Terapia de Conducta; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; TCg: Terapia Cognitiva; TDB: Terapia Dinámica Breve; TI: Terapia Interpersonal.

mantenido en el sitio web de la División (División 12, American Psychological Association, 2015). El listado pretende ser comprehensivo y se limita a incluir las intervenciones que cumplen los requisitos establecidos por la “*Task Force*” e indicar si han alcanzado un nivel de apoyo empírico fuerte, modesto, o controvertido, y a ofrecer una panorámica del tratamiento, recursos adicionales y referencias cada uno, sin pretender establecer una comparación entre ellas o emitir una recomendación sobre su uso.

1.4 La hipótesis de los factores comunes o inespecíficos

A pesar de su planteamiento inicial a favor de reconocer la eficacia general de la psicoterapia (Chambless y Ollendick, 2001) y de afirmar la importancia de la alianza terapéutica y otras variables relacionales (Chambless y Hollon, 1998), el informe no tardó en generar polémica y polarización en la comunidad científica y profesional de la Psicología Clínica Americana.

Entre las críticas tempranas se encuentran las dirigidas al impacto de adscribir la etiqueta “empíricamente validados” a tratamientos concretos dirigidos a problemáticas concretas, lo que, a juicio de algunos autores (Garfield, 1996), supone de facto considerar inservibles todos los estudios llevados a cabo antes de la aparición del DSM – III, en 1980, puesto que esta era la herramienta básica a la hora de clasificar y acotar las demandas clínicas empleada por la “*Task Force*”. Esta crítica al “exceso de concreción” se hace extensible al tratamiento propuesto, puesto que este formato – terapias específicas y concretas, manualizables – favorece a las Terapias Cognitivo – Conductuales frente a otros paradigmas más generalistas, menos técnicos o estructurados. Se olvida aquí, sin embargo, que los primeros esfuerzos por manualizar tratamientos psicológicos se pueden atribuir a Strupp, a propósito de la terapia psicodinámica (Barlow, Boswell, y Thompson-Hollands, 2013). Garfield (1996) propone, adicionalmente, que se hable de “TEAs” para evitar la noción de invalidez, o “la hipótesis del tratamiento inerte” (Seligman, 1995) que se deriva de no recibir la etiqueta de “tratamiento validado”,

reivindicación que eventualmente sería escuchada por la “Task Force” (Chambless et al., 1996) sin que esto incidiera especialmente a la hora de rebajar la polémica. Otros autores mantienen una perspectiva mucho más crítica (Silverman, 1996) y no dudan en tachar al informe de la “Task Force” de “Eysenck II” por que “[...]like its predecessor, Eysenck I, it makes irresponsible generalizations and stimulates emotional responses”³ (Silverman, 1996), p. 208)

De un modo más profundo, las críticas de muchos autores se centran en la filosofía de fondo del informe de la “Task Force”: lo que los redactores del informe consideran eficaz es el tratamiento, la técnica, y no simplemente la relación terapéutica establecida entre cliente y profesional. Ante esto, Silverman habla de “metodolatría” (1996) y reacciona, junto a otros autores, reivindicando los “factores comunes” o inespecíficos como parte central de los tratamientos (Chambless et al., 1998; Garfield, 1996; Silverman, 1996), reservando para el terapeuta un papel que se considera que va más allá que el de “aplicador de tratamientos”, para constituirse como un agente de cambio por derecho propio.

El debate sobre los “factores comunes o inespecíficos”, iniciado por Rosenzweig en los años 30 (Pérez et al., 2003; Rosenzweig, 1936), se sustenta en la hipótesis de que, puesto que las terapias psicológicas parecen ser igualmente efectivas, se puede concluir que lo que las psicoterapias tienen de eficaz es aquello que tienen en común entre todas ellas, y no las técnicas concretas en las que se sustentan, que serían el medio por el cual se establece una relación de ayuda con unas determinadas características, variables o factores. La psicoterapia sería eficaz en la medida en la que moviliza estos factores comunes, y la eficacia diferencial de diferentes tratamientos se explicaría por su diferente grado de acceso a algunos de estos factores (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Es la famosa hipótesis del pájaro Dodo, de la obra de Lewis Carroll “Alicia en el país de las maravillas”, citada primero por Rosenzweig (1936) y retomada por Luborsky, Singer y Luborsky (1975): “Todos han ganado y todos deben

³ “... cómo su predecesor, Eysenck I, hace generalizaciones irresponsables y estimula respuestas emocionales”

tener premios”. Un resumen de estos factores inespecíficos tal y como han sido formulados por diferentes autores incluiría (Labrador, 1986):

- Un incremento de las expectativas del paciente en que la terapia puede ayudarle.
- La interrelación terapéutica (cliente – terapeuta).
- Dotar al paciente de una perspectiva externa de sí mismo.
- Facilitar al paciente experiencias que permitan corregir su actuación, tanto a nivel cognitivo como motor o fisiológico.
- Obligar al cliente a someterse a una prueba constante de realidad.

Ante esta hipótesis se puede argumentar que no es un hecho probado el que los factores que explican la eficacia diferencial de las terapias sean los comunes, y que bien podrían ser los específicos (Hofmann y Barlow, 2014); que los “ingredientes activos” de esos factores comunes son vagos y propios de un amplio abanico de relaciones humanas y no sólo de las relaciones terapéuticas, que quedarían entonces desprovistas de especificidad; que en la práctica nos llevan a un eclecticismo ateórico (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000); o que si efectivamente existen factores comunes, los rigores metodológicos propuestos pueden ayudar a identificarlos en la medida en la que se conviertan en objeto de un estudio sistemático. Más aún, algunos de los autores del informe de la “*Task Force*” reconocen que incluso si se demostrara que la psicoterapia funciona únicamente mediante factores comunes e inespecíficos, su empeño seguiría teniendo sentido, puesto que la noción de que un tratamiento determinado es eficaz no incluye necesariamente la demostración de su especificidad, que es un concepto que se deriva de consideraciones éticas y de seguridad propias de los ensayos farmacológicos, mientras que en psicología los efectos inespecíficos son deseados y deseables. Para los autores, en la medida en que su metodología siguiera ofreciendo beneficios al avance del conocimiento y la práctica clínica, seguiría siendo una herramienta válida para realizar inferencias (Chambless y Hollon, 1998). En cualquier caso, debería ser una pregunta a responder con metodologías empíricas (Barlow, 2010). En este

sentido, algunos autores han tratado de defender la primacía de los factores comunes mediante estudios meta-analíticos, en los que se concluye que los efectos específicos de la intervención psicológica son nulos (Luborsky et al., 2006; Wampold et al., 1997). Estos trabajos han recibido críticas significativas por su tendencia a promediar los resultados de las intervenciones a través de las diferentes medidas, oscureciendo la especificidad de los resultados de los tratamientos sobre diferentes síntomas, algo a todos luces incompatible con la hipótesis del pájaro Dodo (Barlow, 2010; Hofmann y Lohr, 2010; Siev, Huppert, y Chambless, 2009). Otros autores han realizado afirmaciones como *"It is estimated that perhaps 85% of the outcome variance is attributable to common factors"*⁴ (Strupp, 1996, p. 1022), o especulado con que la relación terapéutica explicaría el doble de varianza que los elementos técnicos (un 30 frente a un 15%; Lambert y Barley, 2002, p.18). Sin embargo estas afirmaciones raramente han venido apoyadas con datos o análisis (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), por lo que deben ser consideradas meramente opiniones. Por el contrario, las estimaciones objetivas al respecto (Lipsey y Wilson, 1993) son mucho menos optimistas acerca de la importancia de los factores comunes, atribuyendo algunos estudios un 21% de la varianza explicada a la técnica y un 5% a la relación terapéutica (D. M. Clark, Ehlers, y Hackmann, 2006; Siev et al., 2009); y otros estimando su importancia entre un 0 y un 18% de la varianza total (Huppert et al., 2001). Ciertamente, la mayor parte de los estudios sobre el papel del terapeuta en los ECAs arrojan el dato de que a pesar de los detallados manuales de tratamiento y las cuidadosas comprobaciones del grado de adherencia de los terapeutas a los mismos un cierto porcentaje de la variabilidad en los resultados del tratamiento, a lo largo de diferentes condiciones, se debe al terapeuta. Los autores que propugnan la centralidad de la relación terapéutica como elemento terapéutico ven aquí una confirmación del papel central de la alianza terapéutica, ya defendido por autores clásicos, como Carl Rogers en su Terapia centrada en el cliente. Con la intención de dar solidez a este planteamiento, y remedando al grupo de trabajo de la División

⁴ *"Se estima que quizás un 85% de la varianza del resultado es atribuible a factores comunes."*

Tabla 1.3.

Conclusiones y recomendaciones de la Task Force de la División 29 (Task Force Steering Committee, 2002, p. 441).

12 de la APA sobre TEAs, la División 29, de Psicoterapia, de la APA estableció un grupo de trabajo sobre relaciones terapéuticas empíricamente apoyadas que, entre 1999 y 2002 produjo diversos documentos bajo la dirección e impulso de John Norcross (Norcross, 2002). El grupo de trabajo estableció categorías de aval empírico para etiquetar elementos de la relación terapéutica como “efectivos”, “probablemente efectivos” y “no demostrables”. Sin embargo, no se ha proporcionado una explicación detallada de los criterios seguidos, más allá de referencias a una preponderancia de la evidencia y a la inclusión de evidencia experimental, proveniente de ensayos clínicos, y correlacional, de estudios naturalistas.

Con un enfoque transdiagnóstico, el grupo de trabajo señaló a la alianza terapéutica (cohesión en psicoterapia grupal), la empatía, el consenso en relación a los objetivos y la atención a las rupturas de la alianza terapéutica, el grado de severidad y estilo de afrontamiento del paciente como elementos efectivos de la relación terapéutica. Otros elementos “probablemente efectivos” han sido igualmente identificados y descritos (Norcross, 2002), y un listado completo de estos elementos se puede consultar en la tabla 1.3. Según proponen los autores, estos serían responsables por sí mismos del cambio terapéutico.

Sin embargo, las conclusiones del grupo de trabajo de la División 29 tampoco han resultado exentas de críticas:

- La metodología aplicada en muchos estudios sobre factores comunes e inespecíficos presenta dificultades: ante la dificultad de la manipulación experimental de la empatía, la alianza terapéutica, etc. la evidencia disponible es básicamente de tipo correlacional y no permite establecer relaciones causales entre alianza terapéutica y resultados del tratamiento. Muchos estudios provienen de condiciones de práctica

Elementos de la relación terapéutica demostrablemente efectivos

- Elementos generales de la relación terapéutica.
 - Alianza terapéutica.
 - Cohesión en terapia grupal.
 - Empatía.
 - Consenso en los objetivos y colaboración.
- Adaptación de la relación terapéutica a pacientes individuales.
 - Manejo de la resistencia.
 - Adaptación al deterioro funcional.

Elementos de la relación terapéutica probablemente efectivos

- Elementos generales de la relación terapéutica.
 - Consideración positiva.
 - Genuinidad / congruencia.
 - Oferta de retroalimentación.
 - Reparación de rupturas de la alianza terapéutica.
 - Auto revelación.
 - Manejo de la contratransferencia.
 - Calidad de las interpretaciones relacionales.
- Adaptación de la relación terapéutica a pacientes individuales.
 - Adaptación al estilo de afrontamiento.
 - Adaptación a los estadios de cambio.
 - Adaptación al estilo anaclítico / sociotrópico y autónomo / introyectivo.
 - Manejo de las expectativas.
 - Asimilación de experiencias problemáticas.

Elementos no probados de la relación terapéutica

- Adaptación de la relación terapéutica a pacientes individuales.
 - Estilo de apego.
-

-
- Género.
 - Etnia.
 - Religión y espiritualidad.
 - Preferencias.
 - Trastornos de la personalidad.
-

- clínica de alta validez ecológica pero con poco o ningún control experimental. La calidad de otros muchos estudios es muy baja (Lambert et al., 2002).
- Centrar el peso del cambio en la interacción terapeuta – paciente puede llevar a la impresión de que, mientras haya una buena relación terapéutica, el procedimiento terapéutico desarrollado “da igual” o es mínimamente relevante. Sin embargo, los estudios parecen claros a la hora de señalar que, ante determinados trastornos, como el Trastorno obsesivo-compulsivo o el Trastorno de ansiedad generalizada, la probabilidad de mejoría clínica si no se implementan técnicas específicas – las de
- Exposición con prevención de respuesta – es extremadamente reducida. En otros muchos casos, las comparaciones entre tratamientos específicos favorecen de modo claro a una de las alternativas de un modo que la hipótesis de la equivalencia de las terapias no ha logrado explicar de modo satisfactorio (Barlow, 2010; Hofmann y Lohr, 2010).
- Existen abundantes estudios que arrojan dudas sobre la fiabilidad y validez de las decisiones basadas en el juicio y la experiencia de los clínicos (Hunsley, Lee y Wood, 2003). La individualización del tratamiento, la búsqueda de intervenciones a medida en base al juicio clínico, ha recibido todavía una cantidad insuficiente de atención por los investigadores; la superioridad de los tratamientos individualizados sobre los estandarizados es aún motivo de debate (Kazdin, 2008).

- A diferencia de los aspectos técnicos, susceptibles de ser manualizados, las habilidades terapéuticas han resultado hasta la fecha mucho más difíciles de operativizar y por tanto, de transmitir y entrenar de un modo sistemático, persistiendo mucho de “arte” en su implementación. Pese a ello, los esfuerzos por evaluar de modo objetivo y manualizar las actitudes terapéuticas de cara a su entrenamiento han tenido un desarrollo importante, por ejemplo, en el marco de la terapia cognitiva (Friedberg y Brelsford, 2013; Klepac et al., 2012; McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, y Westbrook, 2011; Young y Beck, 1980, Padesky, Kuyken y Dudley, 2011).

En cualquier caso, la evidencia apunta a que existen diferencias significativas en la ejecución de unos terapeutas respecto de otros, incluso en los entornos más controlados; por lo tanto, la identificación de las causas de estas diferencias es relevante para perfeccionar los tratamientos psicológicos. Si estas diferencias se fundamentan en la experiencia (Huppert et al., 2001), la competencia (Kuyken y Tsivrikos, 2009) o en la capacidad del terapeuta para reconocer y adaptar su intervención a algunas características críticas del paciente (reactividad a la intervención, estilo de afrontamiento – externalizante *versus* internalizante; o su nivel de severidad; Beutler et al, 2003) son preguntas que la investigación puede y debe abordar mediante la identificación de variables moderadoras del resultado del tratamiento, para clarificar el hasta ahora controvertido tema de la relación terapéutica y la pericia clínica. Aportaciones como la Terapia Prescriptiva propuesta por Beutler, Clarkin y Bongar (2000) suponen un avance decidido en la línea de explorar sistemáticamente el impacto de adaptaciones específicas de la relación con el paciente en función de sus características concretas.

1.5 Las críticas a los Ensayos Clínicos Controlados (ECAs)

Adicionalmente a las críticas que ha recibido la noción de la técnica como eje del cambio terapéutico, se ha considerado con ojo crítico un enfoque que, por asumir el reto hecho por los tratamientos biológicos en sus propios términos (Rodríguez Morejón, 2004), implica aceptar no sólo este enfoque técnico, sino su visión de los problemas psicológicos, asumir como propio el contexto americano y su propuesta metodológica “privilegiada”: los ECAs, criticados en lo que se refiere a su viabilidad, el alcance de sus conclusiones y sus implicaciones prácticas. En este sentido, Beutler y otros (Beutler, Engle, Mohr, y Daldrup, 1991; Goldfried y Wolfe, 1996; Parloff, 1982) han señalado la inviabilidad económica del modelo de ECAs, dado el volumen imposiblemente grande de estudios que requeriría cruzar las diferentes alternativas terapéuticas con los diferentes grupos de pacientes a los que se desee generalizar, y las categorías diagnósticas del DSM; este trabajo requeriría de miles de ECAs. En un exceso casi paródico, (Goldfried y Wolfe, 1996) calculan unos 2000 ensayos clínicos para cada trastorno, en función del acercamiento terapéutico, tipo de paciente y los dos estudios que exige la APA, lo que implicaría tareas y costos difíciles de realizar y financiar. No obstante, si se aceptase ese argumento la ciencia médica entera, cuando no toda la investigación proveniente del método científico, carecería de sentido (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

En lo tocante a la validez externa de las conclusiones de los ECAs, se ha criticado fundamentalmente que los estudios de eficacia no son representativos de la práctica clínica real, en la línea de lo señalado por diversos autores que han puesto de manifiesto las diferencias entre las “Terapias en contexto clínico asistencial” y las “Terapias en contexto clínico investigador” (Seligman, 1995; Shadish, Navarro, Matt, y Phillips, 2000; Weisz, Donenberg, Han, y Weiss, 1995; Shadish, Matt, y Navarro, 1997). Un resumen de las diferencias puede consultarse en la tabla 1.4.

Sin embargo, este análisis de la situación no tiene porqué sostenerse completamente. Estas distinciones entre terapias en contexto clínico e investigador pueden ser atractivas

teóricamente, pero existen pocos datos que justifiquen que los pacientes que entran en ECAs o pasan por procesos de aleatorización sean diferentes de los que buscan activamente tratamiento (Nathan, Stuart, y Dolan, 2000). Por otro lado, existen estudios (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph, y Rothman, 2005) que llegan a la conclusión de que la mayoría de pacientes ambulatorios sería elegible para al menos un ECA relacionado con su problema publicado en la literatura, con criterios de inclusión y exclusión claramente definidos. Aquellos pacientes rechazados lo serían mayoritariamente, de nuevo en contra de lo supuesto, por tener una sintomatología demasiado leve, en grado subclínico, y no por una excesiva comorbilidad, gravedad u otros factores que se han señalado tradicionalmente. Otros estudios (Gaston, Abbott, Rapee, y Neary, 2006), a su vez, demuestran que las intervenciones manualizadas fruto de los ECAs pueden aplicarse con éxito en contextos clínicos reales, de entre los cuales parece no tener mucho sentido excluir a las cada vez más frecuentes Clínicas Universitarias o vinculadas a centros docentes e investigadores, que suelen atender una demanda real de casos (García Vera, 2004; Shadish et al., 1997). Los datos de nuestro país (Santolaya, Berdullas, y Fernández-Hermida, 2001) nos indican también que los modelos Conductuales o Cognitivo – Conductuales son los preponderantes en la práctica clínica, con un 63,20% de los psicólogos clínicos adscritos a esos enfoques clínicos – si bien esto no garantiza la ortodoxia de su práctica clínica; Según el mismo estudio, los clínicos españoles son, además, cada vez más jóvenes (con un 22,5% por debajo de los 30 años), mayoritariamente de sexo femenino (un 70%) y trabajan básicamente en un centro privado (73%) ya sea en solitario o con otros profesionales. Parece por tanto, que no son tan drásticas las diferencias en muchos aspectos, si bien es indudable que el impacto de las diferencias entre el ensayo clínico y la práctica clínica debe ser analizado pormenorizadamente para asegurar la generalizabilidad de

Tabla 1.4.

Contraposición de las características de la terapia en contexto clínico e investigador. (Tomado

de Weisz et al., 1995, p. 691).

Terapia de Investigación	Terapia Clínica
<ul style="list-style-type: none">- Pacientes reclutados (menos graves, voluntarios)- Grupos homogéneos- Tratamiento en laboratorio o contexto académico- Tratados por investigadores – asistentes- Pequeña carga de casos por terapeuta- Preparación especial de cara a la terapia- Breve, número fijo de sesiones- Método de tratamiento único y focalizado- Intervenciones conductuales- Planificada, alta estructuración (manual y comprobación de la adherencia la mismo)	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes – clientes derivados clínicamente (más graves, algunos forzados)- Grupos heterogéneos- Tratamiento en clínicas u hospitales- Tratado por clínicos- Gran carga de casos por terapeuta- Poca preparación previa- Larga, menos límite a las sesiones- Tratamiento multimétodo, ecléctico- Intervenciones no conductuales- Flexible, poco estructurado (sin manual y sin monitorización del desempeño clínico)

los resultados, y que, de cara a que este objetivo pueda cumplirse, es importante contar con ensayos clínicos rigurosos llevados a cabo en condiciones clínicamente representativas, ensayos que, hoy por hoy, son muy poco frecuentes (Shadish et al., 1997; 2000; Weisz et al., 1995).

Por último, en un terreno mucho más pragmático, Seligman y otros (Seligman, 1996; Silverman, 1996) consideran que la visión de la terapia que suponen los ECAs usados en estudios de eficacia (a saber: terapias breves, baratas y sencillas) puede usarse para justificar la restricción de la financiación y los procesos formativos a tratamientos breves y

manualizados, aplicables por personas de poca cualificación, basados en estudios de cuestionable validez externa; un escenario del que según estos autores nadie se beneficiaría salvo los pagadores de las psicoterapias (Seguros, Sistemas Sanitarios) y que perjudicaría enormemente a las terapias con un corte más conceptual, como las Dinámicas o Humanísticas, a favor de las de corte Cognitivo Conductual (Norcross, Hedges y Prochaska, 2002; Rodríguez Morejón, 2004). Sin embargo, no se puede perder de vista que la ausencia de beneficios para el gran público se daría sólo en el caso de que esas terapias más baratas, breves y sencillas fueran también menos eficaces. Cabe pues preguntarse si, dado que existen abundantes estudios y meta-análisis en los que las intervenciones individualizadas y más largas no resultan ser superiores a sus equivalentes manualizadas y más breves (Emmelkamp, Bowman y Blaaui, 1994; Jacobson y Christensen, 1989; Schulte et al., 1992; Citados en Chambless y Ollendick, 2001; Weisz et al., 1995) - si bien esta evidencia no es incontrovertible (cfr. Miller y Binder, 2002, Pérez et al., 2003) - no resulta discutible la reivindicación *per se* de terapias más largas, costosas y complejas, basadas en el juicio clínico y la flexibilidad, carentes de sistematicidad y controles como guía para los tratamientos, y si no será mejor intentar asimilar las condiciones de la práctica clínica en contexto asistencial a las de la práctica clínica en contexto de investigación, en la medida de lo posible (Bayés, 1984; Chambless y Hollon, 1998); Kazdin, 1982; Weisz et al., 1995; Wilson, 1996) en lugar de lo contrario.

Ahora, casi 20 años después del inicio de este trabajo, parece evidente que, al igual que la pregunta planteada por Eysenck, las guías de tratamientos psicológicos eficaces están aquí para quedarse, y que más allá de polémicas acerca de su denominación o de los enfoques que se vean supuestamente beneficiados por su formulación, la práctica de valorar hasta qué punto un tratamiento psicológico concreto, formulado de un modo que lo haga reproducible, es eficaz para tratar una problemática concreta de acuerdo con unos determinados rigores metodológicos que garanticen la validez de sus conclusiones, es un ejercicio necesario para mantener la práctica de la psicología actualizada y garantizar a profesionales, clientes y

administraciones la bondad de nuestras intervenciones. Esto no implica que los estudios de eficacia deban ser impuestos por la fuerza, sino, y en el propio interés de la psicología, de un modo que permita maximizar todas las formas de validez interna y externa, que permita ir más allá del impacto de la técnica, buscando formas de satisfacer a críticos y afines en lo que a su coste, fiabilidad e impacto socio sanitario se refiere.

1.6 La encuesta del “Consumer Reports”

En noviembre del año 1995, unos meses después de la aparición del informe de la “Task Force”, la revista americana “Consumer Reports”, publicada por la entidad sin ánimo de lucro “Consumers Union”, editó un artículo que se iba a situar en el centro del debate sobre la eficacia de las terapias psicológicas durante varios años. En una encuesta incluida en la revista, que se hizo llegar a 180.000 de sus casi cuatro millones de suscriptores, los autores inquirieron sobre la experiencia de los lectores con los servicios de salud mental. Se recibieron 7000 (el 3,88%) respuestas sobre este tema, de las que unas 4100 se referían a tratamiento formal por parte de un profesional, y en 2900, un profesional de la salud mental (psicólogos mayoritariamente, pero también psiquiatras, trabajadores sociales y consejeros maritales). La encuesta comprendía 26 preguntas sobre las características de la ayuda recibida, la satisfacción con el servicio y los resultados obtenidos. A partir del análisis de las respuestas recibidas los autores llegaron a las siguientes conclusiones (Consumer Reports, 1995):

- La psicoterapia era generalmente efectiva, con tasas de mejoría para el 87% de los pacientes que decían estar “muy mal” al principio del tratamiento, y 92% para los que decían estar “moderadamente mal”.
- Una mayor duración de la psicoterapia se asociaba a una mejoría más acusada, con una clara curva dosis – respuesta.
- No se apreciaban diferencias entre la psicoterapia sola o con fármacos

coadyuvantes.

- Todos los profesionales de salud mental lo hicieron igualmente bien, salvo los consejeros maritales y los médicos de familia, aunque estos últimos eran igual de eficaces en el corto plazo. Alcohólicos Anónimos lo hizo significativamente mejor que los profesionales de salud mental.
- Los clientes activos, que buscaban un modelo concreto de terapia, obtuvieron mejores resultados frente a los pasivos.
- Ninguna modalidad de terapia lo hizo mejor que otra para ningún tipo de problema.

Estos resultados saltarían definitivamente a la actualidad psicológica cuando el profesor Martin Seligman afirmara, en un artículo ya clásico, que el estudio de la “*Consumer Reports*” constituía el mejor estudio de eficacia realizado hasta la fecha (Seligman, 1995). El razonamiento de este autor apuntaba a que lo que funciona en condiciones controladas, es decir, las terapias validadas en ECAs con aleatorización de los pacientes, grupo de control, intervención limitada en el tiempo y llevada a cabo siguiendo un manual, no tiene porqué funcionar sobre el terreno, en la práctica clínica habitual: “...*deciding whether one treatment, under highly controlled conditions, works better than another treatment or a control group is a different question from deciding what works in the field.*”⁵ (Seligman, 1995, p. 966)

Apoyándose en el estudio de la “*Consumer Reports*”, Seligman señalaba la necesidad de complementar los estudios de eficacia con la única metodología que, a su juicio, podría analizar la psicoterapia tal y como es llevada a cabo en la práctica clínica, dado que la clínica en este contexto se caracteriza por aplicar un modelo autocorrectivo, en el que la intervención se va ajustando a medida que se desarrolla, por lo que resulta tener una duración variable; con múltiples problemas o variables dependientes y objetivos centrados en la mejoría del

⁵ “...*decidir si, bajo condiciones altamente controladas, un tratamiento funciona mejor que otro tratamiento o un grupo de control es una cuestión diferente que decidir qué es lo que funciona en la práctica.*”

funcionamiento general del paciente. Estas puntualizaciones, que pueden consultarse en la tabla 1.5, coincidían con el punto de vista de otros autores (Weisz et al., 1995), cuando se referían a intervenciones clínicas frente a intervenciones investigadoras y concluían que la metodología del ECA puede no tener sentido si no refleja la realidad de la terapia psicológica tal y como se lleva a cabo en la clínica.

Las características deseables para un “estudio ideal” según Seligman eran muy similares a las de la encuesta del “*Consumer Reports*”, cuyos defectos y limitaciones metodológicas propone superar combinando la metodología de la encuesta con la de los estudios de eficacia:

- Realización prospectiva en lugar de retrospectiva, de cara a controlar las características concretas de los tratamientos y permitir comparaciones.
- Preservar la naturaleza autocorrectiva de la psicoterapia, de duración variable, con múltiples problemas y elección activa de tratamientos.
- Inclusión de información objetiva orientada a síntomas con otras medidas indirectas de calidad de vida.

Tabla 1.5.

Diferencias entre los tratamientos en condiciones clínicas y controladas (Adaptado de Seligman, 1995).

Condiciones controladas	Condiciones clínicas
<ul style="list-style-type: none">- Los pacientes son aleatorizados pasivamente a diferentes tratamientos.- La intervención está manualizada y limitada en el tiempo.- Los objetivos de la intervención son discretos y específicos (síntomas)	<ul style="list-style-type: none">- Los pacientes eligen activamente un tratamiento.- La intervención no está manualizada, es autocorrectiva y de duración variable.- Los objetivos de la intervención son múltiples y amplios (funcionamiento general)

La polémica desatada fue importante, llegando hasta el punto de dedicársele un número monográfico de la *“American Psychologist”* en 1996, en el que las opiniones de Seligman fueron duramente replicadas con argumentos que señalaban que lo que el estudio de la *“Consumer Reports”* aporta sobre lo que opinan los usuarios es una cosa, y lo que aporta sobre la eficacia de la psicoterapia es otra (Hollon, 1996; Jacobson y Christensen, 1996). Además, a juicio de muchos autores, el estudio de la *“Consumer Reports”* tiene notables deficiencias metodológicas, a saber:

- Se trata de una muestra autoseleccionada que emite opiniones retrospectivas (Jacobson y Christensen, 1996), y pueden estar sujetas a sesgos de respuesta (aquiescencia, etc.) (Barlow, 1996).
- Carece de un grupo de control para controlar la remisión espontánea (Jacobson y Christensen, 1996), la combinación de tratamientos y otras variables (Mintz, Drake, y Crits-Christoph, 1996).
- Ignoramos la gravedad y características de la sintomatología inicial de los pacientes encuestados (Mintz et al., 1996), y la adecuación de las diversas terapias a esta sintomatología (Jacobson y Christensen, 1996).
- La capacidad de los usuarios para aportar información técnica respecto a sus propios tratamientos (orientación teórica, técnicas empleadas, etc.) es limitada (Jacobson y Christensen, 1996).

En función de estas limitaciones y críticas, diversos autores han manifestado opiniones duramente críticas con el estudio:

“Extraer conclusiones a partir de estos datos, en especial sobre la eficacia de no se sabe qué tratamientos, para tratar no se sabe qué problemas, llegando a concluir que todo vale (sin saber qué es ese todo) y vale lo mismo (sin saber

para qué) no parece serio ni aceptable” (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000, p.260)

El propio Seligman ha reconocido muchas de estas deficiencias (Seligman, 1996) pero igual que han sido rechazados, los datos del “*Consumer Reports*” han encontrado eco entre otros autores quienes, reconociendo o no la novedad de los resultados del estudio, se muestran de acuerdo en que constituye una prueba sólida de la eficacia de las psicoterapias (Sechrest, McKnight, y McKnight, 1996; Strupp, 1996) o con la certeza del estudio a la hora de señalar las limitaciones de los métodos actuales de investigación para dar cuenta de la eficacia de los tratamientos en un contexto clínico real (Goldfried y Wolfe, 1996; Newman y Tejeda, 1996), en una línea de discusión paralela a la que desencadenó el informe de la “*Task Force*” poco tiempo antes.

En resumen, resulta innegable el valor del estudio de la “*Consumer Reports*” en lo que se refiere a recabar la opinión de los consumidores acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos, y, en cualquier caso, a la hora de reavivar un debate y señalar las deficiencias inherentes al modelo de ECAs (Nathan et al., 2000), específicamente sobre la falta de generalizabilidad de los ensayos clínicos al contexto en el que tiene lugar la psicoterapia real, la necesidad de medidas amplias de funcionamiento y mejoría general, y la utilidad, dentro de sus limitaciones, de metodologías observacionales en el estudio de la eficacia de los tratamientos psicológicos; pero sus cualidades como estudio de efectividad son discutibles.

1.7 Práctica clínica basada en la evidencia

La relevancia adquirida, como se ha comentado, por la necesidad de fundamentación empírica de la clase de intervención psicológica que se desarrolla en la práctica clínica asistencial llevó a que el concepto “Práctica Basada en la Evidencia” tomara forma de modo explícito en el

ámbito de la psicología clínica. A partir de las conclusiones de un grupo de trabajo establecido por su presidente en 2005, Ronald Levant, la APA definió en el año 2006 la práctica basada en la evidencia (PBE) como “...*the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.*”⁶ (American Psychological Association, 2006, p.273). La APA señalaba adicionalmente, que el propósito de la PBE es “... *to promote effective psychological practice and enhance public health by applying empirically supported principles of psychological assessment, case formulation, therapeutic relationship, and intervention.*”⁷ (American Psychological Association, 2006, p.273). A continuación, se repasarán las aportaciones que, desde cada uno de estos cuatro elementos, se hace para una práctica clínica basada en la evidencia.

1.7.1 Elementos de la intervención psicológica

De entre los elementos antes señalados, las intervenciones son el componente que hasta la fecha ha generado un mayor volumen de estudios y de polémica. Aquí nuevamente son de obligada mención tanto los desarrollos de la “Task Force” de la División 12, de Psicología Clínica, de la APA, sobre la validación empírica de los tratamientos psicológicos, como las críticas vertidas sobre sus conclusiones. Estas críticas se han traducido en un progresivo interés por poner a prueba los TEAs en condiciones de práctica clínica asistencial, lo que se conoce como ensayos de efectividad o utilidad clínica, frente a las condiciones de laboratorio, o de eficacia, lo que potencia la generalizabilidad de los tratamientos. Por otro lado, los listados de TEAs se han multiplicado en los últimos años, y hemos visto como los paradigmas inicialmente más críticos con el modelo de validación empírica propuesto, como el psicoanálisis o las terapias humanistas, se esforzaban por desarrollar sus propios ensayos y por sustentar empíricamente los procesos de cambio propuestos desde sus modelos teóricos (Roth y

⁶ “*la integración de la mejor investigación con la pericia clínica en el marco de las características, la cultura y las preferencias del paciente.*”

⁷ “*... promover una práctica efectiva de la psicología y potenciar la salud pública mediante la aplicación de principios de evaluación psicológica, formulación de casos, relación terapéutica e intervención apoyados empíricamente.*”

Fonagy, 2007). De este modo, el número de tratamientos con apoyo empírico se ha multiplicado, existiendo algunos trastornos para los que múltiples tratamientos se encuentran disponibles (cfr. División 12, American Psychological Association, 2015). Esto suscita preguntas sobre los aspectos comunes de esos tratamientos, su eficacia diferencial y otros aspectos que pueden ser objeto de investigación empírica. Así pues, aunque los listados de TEAs no han venido a cambiar drásticamente la realidad de la práctica clínica ni de su docencia (Woody, Weisz y McLean, 2005), si han producido una presión eficaz hacia la validación empírica de tratamientos, modelos y procesos de cambio que no puede sino beneficiar a la Psicología Clínica en su conjunto.

1.7.2 Elementos de la relación terapéutica

Si bien la hipótesis de la centralidad de la relación terapéutica para la obtención de resultados clínicos en la intervención psicológica cuenta con el rechazo de abundantes autores y estudios, no existe ningún teórico que niega la importancia de establecer una adecuado *rapport* con el paciente; antes bien, incluso autores de enfoques tradicionalmente técnicos, que parten del reconocimiento de los TEAs como base de la práctica clínica, refieren:

“... no consideramos que las habilidades que debe tener el terapeuta constituyan una ayuda a la intervención; por el contrario, consideramos que son una condición sin la cual no se puede llevar a buen término un tratamiento psicológico” (Saldaña, 2008, p. 643).

De hecho, el examen de manuales de intervención, clásicos y contemporáneos, suele revelar capítulos o secciones enteras dedicadas a la actitud del terapeuta, la importancia de establecer una adecuada relación de colaboración, y a la defensa de las cualidades Rogerianas de empatía, aceptación incondicional y autenticidad para con el paciente (cfr. Beck et al., 1979; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). Lejos de la consideración de que las habilidades terapéuticas forman parte del “arte” (Wampold, 2001), en los últimos años se han desarrollado esfuerzos por medir de forma objetiva la competencia y las habilidades

terapéuticas, y por desarrollar programas que acrediten de modo empírico el impacto de las habilidades y las competencias de los terapeutas sobre los resultados del tratamiento (Friedberg y Brelsford, 2013; Kendall, P.C., 2002; Klepac et al., 2012; Kuyken y Tsvirikos, 2009; Kuyken, Fothergill, Musa, y Chadwick, 2005; McManus et al., 2011; Milne y Reiser, 2011; Rakovshik y McManus, 2010; Westbrook, Sedgwick-Taylor, Bennett-Levy, Butler, y McManus, 2008). El uso de medidas sistemáticas de la competencia, como la Cognitive Therapy Scale (Young y Beck, 1980) resulta de gran utilidad para sistematizar y acotar el conjunto de elementos que influyen en la competencia del terapeuta con un tratamiento dado.

Es relevante recordar aquí que la pericia clínica, tal y como es definida por la APA (2006), incluye no sólo las habilidades relacionales del terapeuta, sino también las habilidades para la evaluación, el juicio diagnóstico, la formulación de casos, la planificación del tratamiento y su implementación, la toma de decisiones clínicas, la monitorización del progreso del paciente, el uso juicioso de la evidencia empírica, la sensibilidad hacia aspectos étnicos, culturales o religiosos de los pacientes, la capacidad para la reflexión sobre la propia práctica y las propias habilidades y la disponibilidad para acudir a recursos adicionales – de supervisión, por ejemplo – cuando sea necesario, y también la capacidad para sustentar las intervenciones psicológicas en una lógica convincente (American Psychological Association, 2006).

1.7.3 Elementos de la evaluación psicológica

La evaluación del paciente, de sus problemas y necesidades, como punto de partida de cualquier interacción terapéutica, supone un aspecto esencial de la PBE (Kazdin, 2008). La evaluación es fundamental debido a la gran importancia atribuida a las características del paciente, que van más allá del diagnóstico, pero también debido a que ninguna intervención es infalible, sea manualizada o individualizada; detectar y monitorizar de modo rápido las evoluciones (o retrocesos) del paciente es imprescindible para asegurar una adecuada adaptación de la terapia a las necesidades cambiantes del paciente. Así, una evaluación no es

simplemente una fase inicial del proceso terapéutico, sino un proceso continuado a lo largo de todo el tratamiento y el seguimiento de un caso, en el que se debe fundamentar la toma de decisiones sobre el rumbo y la continuidad de la intervención.

Asumir el modelo de PBE implica que este proceso de evaluación debe realizarse de un modo sistemático mediante el empleo de medidas estandarizadas, fiables y válidas, susceptibles de replicación y de comparación con un marco de referencia adecuado. Renunciar a la evaluación sistemática a favor del juicio clínico supone obviar los abundantes sesgos a los que el clínico está sometido, muchos de los cuales están sobradamente documentados (sesgos de memoria, pensamiento de tipo confirmatorio, atención selectiva, heurísticos de representatividad...) (Garb y Boyle, 2003). Las medidas objetivas y sistemáticas son un apoyo fundamental para el juicio clínico, que si bien nunca puede ser sustituido, se beneficia notablemente de ser suplementado por ellas. Más allá de este apoyo en la toma de decisiones, las medidas sistemáticas son un reflejo estable, verificable y replicable del estado del paciente a lo largo del proceso terapéutico, algo que el juicio clínico, por sí mismo, no puede ofrecer. La importancia de disponer de esta información es clara si pensamos en la posibilidad de que un tratamiento se dilate a lo largo del tiempo, una misma historia clínica sea manejada por diferentes terapeutas en diversos momentos, o de que sea preciso rendir cuentas de una intervención, lo que puede producirse mucho tiempo después del fin del mismo, por motivos legales, de investigación o clínicos. La evaluación en estos términos facilita también la adopción del rol investigador por el practicante, que dispone así de una información cuantitativa susceptible de análisis y comparación empírica.

A diferencia de los componentes de la intervención ligados a las técnicas y a la relación terapéutica, la evaluación no ha recibido una atención de la misma magnitud, aunque si se han dado polémicas relevantes en torno a la conveniencia de emplear herramientas estandarizadas, fiables y válidas, y de la utilidad de las técnicas proyectivas en la evaluación

psicológica; de modo más específico, existen estudios que comprometen la utilización de algunas de las herramientas proyectivas más empleadas, como el test de Rorschach, el test de apercepción temática (TAT) o las clásicas estrategias proyectivas basadas en el dibujo (Hunsley, Lee y Wood, 2003). Por supuesto, no sólo las técnicas proyectivas han recibido críticas por su falta de validez y fiabilidad, sino también muchas escalas, cuestionarios y autoinformes, algunos de amplia difusión, han recibido críticas, como por ejemplo, la versión española del MCMI-II (Sanz, 2007). De esta manera, es preciso que los clínicos asuman la responsabilidad de conocer y enjuiciar críticamente las herramientas que emplean en la evaluación, para lo que resulta imprescindible el desarrollo de criterios de evaluación empíricamente apoyada que sean sólidos y asequibles a los practicantes, de lo que ya existen algunos prometedores ejemplos (Hunsley y Mash, 2008).

1.7.4 Elementos de la formulación de casos

La formulación de casos es un elemento fundamental para el desarrollo de una Práctica Basada en la Evidencia, en la medida en que supone un marco estructurado para conectar las manifestaciones de un caso clínico particular con teorías de orden general, de un modo que permita realizar inferencias explicativas sobre un problema que sean de utilidad a la intervención (Kuyken et al., 2005). Existen múltiples modelos de formulación de casos; como ejemplos, podemos citar los Diagramas de Conceptualización de Caso (J. Beck, 1995), desde la perspectiva cognitiva, los Diagramas Analítico Funcionales de Caso Clínico (Haynes y Williams, 2003), desde una perspectiva conductual, o el método de Temas Centrales Conflictuales en la Relación (Luborsky y Diguier, 1998) desde una perspectiva dinámica. Aunque estos modelos disponen de un apoyo empírico variable, podemos considerar que se trata de métodos empíricos de trabajo (Persons, 2005).

Siendo un método estrictamente idiográfico, la formulación de casos entra en conflicto con el enfoque del diagnóstico DSM-CIE, que sustituye la caracterización precisa del paciente y sus

características clínicamente relevantes por una categoría mucho más reducida (Davidson, 2000). Por supuesto, esto conecta con las críticas a la generalizabilidad de los TEAs, que se ponen a prueba para diagnósticos concretos. El papel del diagnóstico como variable de agrupación en los ECAs es una controversia duradera; ya se ha señalado como muchas variables del paciente, en principio no conectadas con el diagnóstico, pueden afectar al resultado de la intervención (estilo internalizante *versus* externalizante, por ejemplo). Aunque sin duda el diagnóstico captura una parte importante de la variabilidad de los diferentes pacientes, puede ser insuficiente para dar cuenta de los casos más complejos, con amplias comorbilidades, que con frecuencia se ven en la práctica clínica. La formulación de casos pretende ser una respuesta a estas situaciones.

En cualquier caso, se ha señalado como la formulación de casos no deja de ser una construcción del evaluador y por tanto susceptible de sesgo, sujeta a cambios a lo largo del tiempo, y de naturaleza básicamente condicional e idiográfica (Haynes y Williams, 2003). Específicamente, la fiabilidad de la formulación baja a medida que se desplaza el foco de lo descriptivo a los procesos e hipótesis (Kuyken et al., 2005). Esto hace especialmente importante el empleo de métodos de evaluación sólidos a la hora de recoger la información que ha de servir para desarrollar la formulación, y que el profesional tenga un marco de referencia teórico (sobre los trastornos psicológicos y sus causas) y práctico (sobre la formulación de casos) adecuado para su desarrollo; parece contrastado que el nivel de formación y experiencia son relevantes para el desarrollo de formulaciones fiables (Kuyken et al., 2005). Sin embargo, la demostración de la utilidad clínica de la formulación de casos es un asunto todavía abierto, existiendo datos contradictorios sobre la superioridad de las intervenciones individualizadas en base a la formulación de casos frente a las intervenciones manualizadas (Kazdin, 2008). Sin duda este tema precisa de mucha investigación para poner a prueba de modo sistemático el efecto de diferentes modelos de formulación, desarrollados por psicólogos con diferentes niveles de formación, y sus efectos en diferentes problemas,

especialmente en los más complejos, pero actualmente la formulación de casos es un medio básico para abordar la complejidad de los problemas psicológicos y ofrecer intervenciones adaptadas a los pacientes.

Al repasar los diferentes elementos que se consideran en la PBE no pasa desapercibido como muchos de ellos se plantean de un modo que resulta antagónico a los otros. No se puede sino considerar preciso buscar un terreno común para la integración de los TEAs y las habilidades terapéuticas, mediante un uso creativo y flexible de ambos, en el marco de la formulación de casos (Persons, 2005). La propuesta más interesante en este sentido podría ser la de identificar procesos o principios de cambio empíricamente apoyados (Beutler y Castonguay, 2006), un lenguaje común en el que tanto los elementos de la intervención como los de la relación podrían ser expresados de un modo compatible con el análisis individualizado del caso clínico. En esta dirección, tanto la Division 12 como la 29 de la APA, bajo las presidencias respectivas de Larry Beutler y Louis Castonguay, desarrollaron en 2006 un grupo de trabajo conjunto para identificar principios de cambio empíricamente apoyados, a partir de la revisión sistemática y la presentación conjunta de las conclusiones alcanzadas por sus respectivas divisiones a propósito de diferentes síndromes clínicos (Castonguay y Beutler, 2006).

La búsqueda de principios de cambio exige ir más allá de los diagnósticos, con su limitada validez, para reivindicar categorías con un significado psicológico más claro, y desarrollar herramientas adecuadas para su valoración y medida. Pasos iniciales en este sentido se están dando en la búsqueda de variables mediadoras de los resultados de los tratamientos y perfiles de respuesta diferenciados, comprobando el funcionamiento de los TEAs en contextos clínicos reales y su integración con modelos idiográficos de análisis de casos (Kazdin, 2008).

A modo conclusión, cabe señalar que los interrogantes que plantean la generalización de los TEAs o el empleo aislado de sus componentes, y la inespecificidad de las habilidades terapéuticas, por citar dos de los aspectos conflictivos señalados, no dejan de ser reducibles a

interrogantes que pueden ser contestados mediante la aplicación del método experimental (Kazdin, 2008). Es en este empeño dónde el papel de la práctica clínica real se vuelve crucial, en la medida en la que puede convertirse en un “laboratorio natural” donde una evaluación sistemática mediante instrumentos validados, una aproximación terapéutica que se fundamente en los procesos subyacentes a los tratamientos y elementos de relación empíricamente apoyados, y en la formulación precisa e individualizada del caso pueden servir para delimitar las intervenciones efectivas en el medio clínico real e identificar variables moderadoras del resultado del tratamiento.

1.8 Conclusión: Eficacia, Efectividad y Práctica Basada en la Evidencia

A lo largo de las últimas seis décadas, la necesidad de llevar a cabo una valoración en profundidad de la eficacia de las terapias psicológicas ha ido imponiéndose con fuerza en ámbito de la Psicología Clínica. Los desarrollos que se han ido sucediendo, envueltos generalmente en polémicas más o menos agrias, han avanzado en la línea de maximizar la especificidad de lo que se pone a prueba, buscando dilucidar qué tratamientos son eficaces, aplicados por quién, para un individuo concreto en unas determinadas circunstancias (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Rodríguez Morejón, 2004). Los avances se han referido también a las herramientas metodológicas y el grado de rigor que han de dar respuesta a estas preguntas. Gracias a ello se dispone a fecha de hoy un grupo más o menos amplio de tratamientos que han demostrado su eficacia y su especificidad para tratar a un conjunto de patologías que va creciendo poco a poco de manera prometedora. Y por fin, bajo el paraguas conceptual ofrecido por la definición inclusiva de la Práctica Basada en la Evidencia (American Psychological Association, 2006), desacuerdos que parecían insalvables están hoy más cerca de resolverse que nunca. Así, en un artículo de 2014 unos autores entre los que se contaba Bruce E. Wampold, el gran defensor de la hipótesis de los factores comunes (Laska, Gurman, y

Wampold, 2014) reconocían los efectos específicos de algunas intervenciones psicológicas empíricamente validadas, y abogaban por la integración de ambas perspectivas – TEAs y relación terapéutica - en el marco de la Práctica Basada en la Evidencia. En respuesta, David H. Barlow, promotor del movimiento de los TEAs en la APA y Stefan G. Hofmann, apasionado defensor de la práctica basada en la evidencia, recogían el guante afirmando:

“We believe, and Laska et al. (2014), seem to agree, that it is time for our field to move beyond the arguments picking CFs versus evidence-based psychological treatments in some kind of all or none analysis and instead focus on issues that will help our clients to improve and our scientific discipline to move ahead. This requires us to isolate and understand the effective treatment ingredients and the underlying treatment mechanisms.” (Hofmann y Barlow, 2014, p. 512)⁸

Sin embargo, no todo el trabajo está hecho, ni se han vencido todas las dificultades planteadas, específicamente en lo que se refiere a la demostración de la efectividad de las intervenciones eficaces y la eficiencia de su aplicación.

Así, si la eficacia se refiere al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales, la efectividad (o eficacia clínica) equivale al grado en que un tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000) o en condiciones de representatividad clínica, en un contexto que, como ya se ha visto, plantea ciertas dificultades a la de los resultados que, si bien no son tan insalvables como se ha querido plantear en ocasiones, si exigen su consideración con detenimiento si se espera que los practicantes de la clínica adopten los avances que produce la investigación. En relación a esta distinción sobre la eficacia y la efectividad, Chambless y Hollon (1998) señalan que podría

⁸ *“Creemos, y Laska et al. (2014) parecen estar de acuerdo, que es hora de que nuestro campo vaya más allá de las discusiones para elegir entre factores comunes versus tratamientos psicológicos basados en la evidencia en una especie de análisis de todo o nada, para centrarse en cambio en temas que ayudarán a nuestros clientes a mejorar y a nuestra disciplina científica a avanzar. Esto requiere que aislemos y entendamos los ingredientes activos efectivos y los mecanismos de tratamiento subyacentes.”*

ser desaconsejable trazar una línea clara entre ambas, y en su lugar, prefieren la distinción, más tradicional, entre validez interna y externa, y señalan que cualquier estudio puede ser evaluado en relación a cada una de estas dos dimensiones, independientemente de que sea un ECA o muestras clínicamente representativas. En opinión de estos autores, la noción de que un ensayo que busque maximizar la validez externa debe sacrificar los controles a la validez interna resulta “desafortunada”. De este modo, consideran que los diseños más informativos, los ideales, son aquellos que buscan maximizar la validez interna y externa de modo simultáneo. No obstante, entra dentro de la lógica de un programa de investigación en tecnologías clínicas la transición gradual de un contexto experimental o de laboratorio a uno natural (Najavits, 2003); Tiene sentido, por tanto, realizar primero estudios de eficacia y progresar hacia la efectividad o eficacia clínica, si bien seguir estos pasos no tiene porqué ser necesarios, puesto que un diseño experimental puede conciliar ambos aspectos (Chambless y Hollon, 1998; Shadish et al., 1997).

Tal y como señalan algunos autores (Kazdin, 2008; Sobell, 1996), es posible y fundamental de cara a superar la brecha entre clínicos e investigadores, que se busque establecer una alianza entre ambos grupos, llevando los ensayos clínicos al contexto de la práctica real, intentando combinar los controles metodológicos necesarios con los intereses y necesidades de los practicantes, formando un equipo en lo que se refiere a planificación, implementación, supervisión, análisis y difusión de los resultados. En los últimos años, este tipo de estudios en un contexto plenamente clínico son muy escasos (Rodríguez Morejón, 2004; Shadish et al., 1997). Así, lejos de ser un obstáculo, la noción de estudio de efectividad, con o sin un paso previo de estudio de eficacia, puede ser el punto de encuentro para las discrepancias entre la práctica clínica y el avance científico, muchas de las cuales ya se han ido señalando en la exposición anterior. Respecto a la metodología a emplear, hay, como se ha visto, opiniones en contra (Cfr.Seligman, 1995; 1996) y a favor (Cfr.Chambless y Hollon, 1998; Jacobson y Christensen, 1996) de la capacidad de los ECAs de satisfacer esta necesidad de conciliar validez

interna y externa. Se han realizado diversas propuestas metodológicas alternativas al ensayo clínico que han acreditado capacidad para obtener conclusiones relevantes para la cuestión de la eficacia y la efectividad, como los ensayos de caso único (Borckardt et al., 2008; Kopta, Lueger, y Saunders, 1999), o los cuasi experimentos de alta calidad (Shadish et al., 1997), pero no parecen existir razones para no considerar posible una aproximación basada en el rigor metodológico, considerando las características de la terapia, del terapeuta, del paciente, de la demanda en un sentido amplio de la misma y del contexto de intervención, de un modo que maximice la validez interna y externa de modo simultáneo, asegurando que los resultados se deben a la intervención pero considerando todas las variables implicadas en el proceso terapéutico. En este sentido, algunos autores (Kazdin, 2008; Shadish et al., 1997; 2000; Sobell, 1996) se han pronunciado sobre la posibilidad de obtener resultados útiles en el terreno de la efectividad de los tratamientos psicológicos sin recurrir a manuales pormenorizados más allá de unos mínimos, selección previa de los pacientes (más allá de unas lógicas consideraciones éticas) y supervisión estricta de los procedimientos, mientras se mantenga un bajo índice de abandonos o al menos éste se tenga en consideración en el análisis estadístico, y se lleven a cabo medidas adecuadas de post-test. Estas opiniones abren la puerta a la participación de los practicantes de la Psicología Clínica en el análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos específicos para problemas concretos, de un modo que equipare la potencia de sus diseños con los de los trabajos provenientes del mundo académico e investigador.

CAPÍTULO 2.

Los trastornos depresivos.

***“No hay enfermedades, sino enfermos”
Claude Bernard.***

Desde su origen, las clasificaciones de TEAs y las GPCs se han venido desarrollando dentro de la nosología psiquiátrica al uso, y de hecho, se puede considerar que el DSM-III (APA, 1980), con su taxonomía clara y específica, proporcionó un empuje clave al desarrollo de los TEAs (Chambless et al., 1993). Siendo la clasificaciones diagnósticas el marco de los TEAs, y por tanto de la PBE, no se puede separar la validación empírica de los tratamientos de la validez de las categorías nosológicas que tienen asociadas; los diagnósticos suponen de facto un límite a la generalización de los resultados de los TEAs, por lo que analizar la especificidad y validez de las categorías diagnósticas para las que están disponibles TEAs constituye un paso necesario para valorar la utilidad de estos tratamientos.

Los trastornos depresivos, particularmente, suponen el área en la que más ECAs para la validación de tratamientos se han desarrollado; por ejemplo, el meta análisis de Hofmann (2012) que recoge datos sobre la eficacia de 269 estudios de terapia cognitivo conductual a lo largo de un amplio número de condiciones, describe 35 ECAs para la depresión en adultos, frente a los 48 ECAs que se dedican a todos los trastornos de ansiedad en su conjunto. La magnitud de la base de evidencia de los TEAs para la depresión es grande, pero su aval empírico queda circunscrito a la del diagnóstico al que se refieren.

Por ello, el objetivo de este capítulo es examinar críticamente las clasificaciones de los trastornos depresivos y sus implicaciones para la validación de los tratamientos psicológicos.

2.1 Clasificaciones actuales de la depresión

Las clasificaciones de los trastornos que hoy en día llamamos depresivos, y que tienen la disforia como eje conductor, se pueden remontar hasta Hipócrates y el siglo IV a.C. y su concepto de *μέλαινα χολή*, (*mélaina khole*) o melancolía, la tristeza atribuible a un exceso de “bilis negra” (Senín, Fernández y Rodríguez, 2011). Desde entonces mucho han cambiado las

clasificaciones y teorías que pretenden dar respuesta a los trastornos del humor, para los que la disforia y la tristeza siguen siendo 25 siglos después de Hipócrates la característica central. Las clasificaciones nosológicas actuales, llamadas *neo kraepelinianas* por su enfoque descriptivo y, en principio, no etiológico, siguen siendo necesarias para organizar la información, informar historias clínicas e informes, facilitar la comunicación entre profesionales, predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento, y facilitar la investigación y el desarrollo teórico (Vázquez, Sánchez y Romero, 2014).

Las dos principales clasificaciones diagnósticas en la actualidad son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS - WHO), que se encuentra en su décima edición (WHO, 1995a), con la undécima en preparación para el año próximo, y el Manual Diagnóstico Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), reciente todavía su quinta edición (APA, 2013). En ambas, los trastornos del estado de ánimo se reconocen como categorías independientes, como trastornos depresivos en el DSM-5 y como trastornos del humor en la CIE-10. La clasificación DSM-5 recoge en ese epígrafe el trastorno de desregulación afectiva del estado de ánimo, de nueva inclusión en el texto, el trastorno de depresión mayor, de episodio único y de episodio recurrente, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, también de nueva y polémica inclusión en el manual, el trastorno depresivo inducido por sustancia / medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, más otras dos categorías residuales, de otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. La clasificación CIE-10 engloba bajo los trastornos del humor a los episodios maníacos y el trastorno afectivo bipolar, que el DSM-5 considera como una categoría independiente; dejando estos de lado, incluye el episodio depresivo, el episodio depresivo recurrente, la distimia (dentro de la categoría de trastornos del humor persistentes), más las categorías residuales de otros trastornos del humor (aislados, recurrentes o especificados) y otros

trastornos del humor no especificados. Así, podemos considerar que, dejando de lado las categorías residuales, existen tres categorías en común, que se identifican, tanto para el DSM como para la CIE por el sistema de códigos de esta última. Aquellas categorías en las que existe equivalencia son las del episodio depresivo en la CIE-10 (F32.X, Trastorno depresivo mayor en el DSM-5), el trastorno depresivo recurrente en la CIE-10 (F33.X, Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente en el DSM-5), y la distimia en la CIE-10 (F34.1, Trastorno depresivo persistente (Distimia) en el DSM-5). Los criterios diagnósticos de estas condiciones se pueden consultar en las tablas 2.1 a 2.5.

Las diferencias de contenido entre ambas clasificaciones son escasas, y se centran en aspectos secundarios; la clasificación DSM es, como ya se ha comentado, más taxonómica y precisa que la CIE.

En lo referente al trastorno depresivo mayor (F32.X), la CIE añade la pérdida de autoestima a los síntomas citados por el DSM, y considera básicos tres síntomas en lugar de dos: la falta de energía, la falta de interés y el estado de ánimo depresivo. Además, exige la presencia de los tres para considerar un episodio depresivo como grave.

En el caso del trastorno depresivo recurrente (F33.X), DSM y CIE discrepan sobre el plazo temporal en el que los síntomas deben estar ausentes para considerar que un episodio es nuevo y por tanto suponen una recurrencia. Este periodo es de dos meses consecutivos en el DSM-5 y de dos meses en total, aunque no necesariamente consecutivos, en la CIE-10.

Sobre la distimia (F34.1), se aprecia que los criterios temporales proporcionados por el DSM-5 son más estrictos que los de la CIE, además de que, al incorporar la depresión crónica, está abierto a un nivel de gravedad compatible con la del episodio depresivo mayor, superior al que la CIE-10 reconoce a la distimia.

Tabla 2.1

Criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 160-161).

-
- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Tabla 2.2

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 168-169).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Tabla 2.3

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo en la CIE-10 (WHO, 1995a. pp. 320-321)

F32. Episodio depresivo:

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Incluye:

episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

Excluye:

- cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.- (F92.0)
- trastornos de adaptación (F43.2)
- trastorno depresivo recurrente (F33.-)

F32.0 Episodio depresivo leve:

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado:

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente

probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Episodios únicos de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

F32.8 Otros episodios depresivos

Depresión atípica

Episodios únicos de depresión “enmascarada” SAI

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Depresión SAI

Trastorno depresivo SAI

SAI: las letras SAI son una abreviatura de las palabras latinas “*sine alter indicatio*”, que significan “sin otra indicación”, lo cual implica “no especificado” o “no calificado” (WHO, 1995b; p. 23)

Tabla 2.4

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo recurrente en la CIE-10 (WHO, 1995a pp. 321-322)

F33 Trastorno depresivo recurrente:

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar (F31.-).

Incluye:

episodios recurrentes de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva
- trastorno depresivo estacional

Excluye:

- episodios recurrentes depresivos breves (F38.1)

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, como el descrito en F32.0, y sin antecedentes de manía.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada, como el descrito en F32.1, y sin antecedentes de manía.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas

psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, como el descrito en F32.2, y sin antecedentes de manía.

Depresión endógena sin síntomas psicóticos

Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos

Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos

Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos, como el descrito en F32.3, y sin antecedentes de manía.

Depresión endógena con síntomas psicóticos

Episodios recurrentes graves de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados en F33.0–F33.3, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente, no especificado

Depresión monopolar SAI

SAI: las letras SAI son una abreviatura de las palabras latinas “*sine alter indicatio*”, que significan “sin otra indicación”, lo cual implica “no especificado” o “no calificado” (WHO, 1995b, p. 23)

Tabla 2.5

Criterios diagnósticos para la distimia en la CIE-10 (WHO, 1995a p. 324)

F34.1 Distimia

Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Depresión ansiosa persistente

Depresión neurótica

Neurosis depresiva

Trastorno depresivo de la personalidad

Excluye: depresión ansiosa (leve o no persistente) (F41.2)

2.2 Los costes de la depresión

El impacto de los trastornos depresivos en el bienestar humano es amplio y bien documentado. A nivel poblacional, el TDM es el trastorno mental más prevalente tanto en Europa como en España, donde se obtiene una prevalencia-año del 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5% (Haro et al., 2006), cifras que se repiten con variaciones en los diferentes países del entorno (Alonso et al., 2004c). Además de su elevada prevalencia, según la WHO, el TDM es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, y para el 2020 se prevé que sea la segunda (WHO, 2010). El TDM da cuenta de hasta el 12% del total de años vividos con discapacidad en todo el mundo (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, y Murray, 2004), y la pérdida de días de trabajo, salud mental y física asociada al trastorno en Europa es muy elevada (Alonso, Angermeyer et al., 2004a). A nivel individual, el TDM supone además un elevado riesgo de

suicidio (APA, 2000, 2014) y una amplia serie de disfunciones psicosociales (Cabello et al., 2012), especialmente en el plano emocional y en el motivacional.

Dada su elevada prevalencia y su potencial incapacitante, los trastornos depresivos conllevan elevados costes económicos (Sobocki et al., 2007; Üstün et al., 2004). Para el conjunto de la sociedad española la carga de los trastornos depresivos supone un coste económico de 10.763.000.000€, considerando costes sanitarios (E.g. medicación) y no sanitarios (E.g. cuidados informales) directos, y costes indirectos (E.g. pérdida de productividad laboral) (Parés-Badell et al., 2014); tan sólo las demencias suponen una carga económica mayor para la sociedad. A pesar de estos costes económicos tan elevados, algunos autores consideran que los trastornos del estado de ánimo están infratratados; tan sólo el 36,5% de los europeos en los que se identifica un trastorno del estado de ánimo hace uso de los servicios de salud mental (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson, Girolamo, Graaf, Demyttenaere, y Gasquet, 2004b), y en consecuencia, sólo el 45,6% hace uso de psicofármacos, empleando en mayor proporción los ansiolíticos (35,3%) que los antidepresivos (24,0%) (Alonso et al., 2004d). Aún así, el TDM constituye uno de los diagnósticos más frecuente en centros de salud mental (Belloso-Ropero y Espín-Jaime, 2007; Valero-Aguayo y Ruiz-Moreno, 2003) o en consultas universitarias de psicología (Arbona, Rivera, y García-Palacios, 2009; Ávila-Espada y Sánchez, 2009; Estupiñá, Labrador, y García-Vera, 2012; García y Tomé, 2009; García, 2009). Por todo ello, el Sistema Nacional de Salud considera un objetivo específico, en el marco de su Estrategia Nacional de Salud Mental, reducir las tasas de depresión y suicidio en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; p.77).

2.3 La naturaleza de la depresión

Los costes y el indudable sufrimiento producido por los trastornos depresivos son, como se puede ver, bien claros. Por desgracia, la naturaleza de la depresión en sí no lo es tanto. Aunque las principales clasificaciones diagnósticas se han mantenido razonablemente estables desde la primera formulación del TDM en 1972 (Maj, 2012), su utilidad clínica resulta discutible. Los actuales criterios diagnósticos para el TDM que se pueden encontrar en el DSM-5 y la CIE-10 (ver tablas 2.1 y 2.2 - 2.3, respectivamente) hacen gala de una enorme heterogeneidad, que hace posible que dos pacientes reciban un mismo diagnóstico sin tener apenas elementos en común, ni en lo sintomático, ni en lo relativo al curso del problema (Paris, 2014). El TDM es un trastorno disyuntivo, que puede manifestarse con hipersomnia o con insomnio, con inquietud o con letargia; puede durar dos semanas o años. Ni siquiera el estado de ánimo deprimido, que podría verse con cierta lógica como el rasgo nuclear de la depresión, tiene que estar presente (Pilgrim y Bentall, 1999), sino que en ocasiones será el especialista el que *descubra* la depresión en quejas físicas o inespecíficas, asignando una etiqueta y el rol de enfermo que la acompaña (Weismann, Markowitz y Klerman, 2000). Por supuesto, el debate sobre si el especialista *descubre* la depresión o la *prescribe* está servido (González y Pérez, 2007; Pérez y García, 2003; Pilgrim y Bentall, 1999). Se hace referencia aquí al conflicto entre la perspectiva del naturalismo médico y la del construccionismo social. La primera asume la depresión como una entidad natural que se iría conociendo y diagnosticando cada vez de forma más precisa, gracias a la sofisticación de los criterios diagnósticos y el avance del conocimiento científico; para la segunda, toda psicopatología sería resultado de la actividad de los profesionales sanitarios, quedando reducida al estudio de las prácticas alrededor del diagnóstico (Pilgrim y Bentall, 1999). De modo consistente con esta segunda perspectiva, la prevalencia de la depresión (neurosis depresiva en los primeros años del siglo XX) parece haberse multiplicado por 1000 o 2000 a partir de la introducción en el mercado de los antidepresivos (González y Pérez, 2007). El anuncio de Gerald Klerman de la “era de depresión” en los años 80 es consecuencia de un incremento estable en las tasas de

prevalencia de la población desde los primeros años del siglo XX (Klerman y Weisman, 1989). Así, algunos estudios han constatado como para un amplio número de países, cada generación desde 1915 parece haber incrementado las tasas base de trastornos depresivos (Weissman, Wickramaratne, y Greenwald, 1992). No obstante, los ingresos hospitalarios por depresiones “melancólicas”, graves y con un componente vegetativo importante, parecen haber cambiado menos a lo largo del tiempo (Healy, 2013). Este argumento, junto con la supuesta peor respuesta al tratamiento de las depresiones más graves (Elkin, 1999), lleva a algunos teóricos a apoyar la división de la depresión en dos (Grof, 2013) o incluso más síndromes (Sharpley y Bitsika, 2014), según se tratara de la melancolía o de un síndrome de origen contextual de lo que estemos hablando. De estos dos, sería propiamente el primero el que constituiría la depresión, y lo segundo sería una exacerbación de la tristeza normal (Horwitz y Wakefield, 2007; Paris, 2014; Parker, Fletcher, y Hadzi-Pavlovic, 2012); algún autor llega a plantear (Maj, 2012), que, desde esta perspectiva, si la depresión responde a una intervención psicosocial, entonces no sería propiamente depresión, cerrando el círculo de la supuesta naturaleza biomédica del trastorno. La depresión sería así una única entidad que, superadas las hipótesis monoaminérgicas de la misma (Ioannidis, 2008; Lacasse y Leo, 2005), respondería a causas genéticas (Dunn et al., 2015), neurogénicas (Miller y Hen, 2015), o neurológicas (Singh y Gotlib, 2014).

Sin embargo, a fecha de hoy no ha sido posible acreditar esas causas, ni establecer una distinción clara entre diferentes tipos de depresión. No parece que en los subtipos melancólicos los problemas de la vida jueguen un papel menor (Kendler, Myers, y Halberstadt, 2009; Paris, 2014; Parker et al., 2012), y tampoco aparecen diferencias significativas en variables clínicas, demográficas o psicosociales entre los pacientes melancólicos y no melancólicos (Maj, 2012). Otras variables relevantes, como el curso, tampoco suponen una base válida para una distinción; de hecho, las modificaciones asumidas en el reciente DSM-5 (APA, 2013) respecto a la distimia y la depresión crónica vendrían a convertir el TDM en un

diagnóstico provisional, siempre a la espera de convertirse en un trastorno depresivo persistente (ver tabla 2.4) que subsume los episodios depresivos de más de 24 meses de duración, y la distimia, en un diagnóstico llamado a desaparecer (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón, y Perona-Garcelán, 2014).

Por todo ello, se aprecia una tendencia a considerar los trastornos depresivos como una entidad unitaria e indiferenciada, en la que tan sólo se darían diferencias en su severidad, y que por lo tanto debería recibir una respuesta terapéutica indiferenciada salvo por su intensidad o dosis, empezando en el momento en el que la intensidad de los síntomas supere un umbral arbitrario de gravedad (Paris, 2014). Esto supone pasar por alto la ya mencionada heterogeneidad del trastorno y su relación con las situaciones de la vida de los pacientes; de hecho, parte de la polémica asociada al DSM-5 ha pasado por la eliminación del criterio de exclusión del duelo presente en ediciones anteriores (Frances, 2010), a pesar de la validez empírica del mismo (Möller et al., 2014), con el previsible aumento de los diagnósticos de depresión. Esta heterogeneidad llega a tal punto que los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDM han obtenido en estudios una kappa de 0,28, un pésimo índice de acuerdo interjueces (Möller et al., 2014). Así pues, no parece plausible que esta heterogeneidad sea la expresión de una única condición latente, pero tampoco resulta factible, a la luz de los datos empíricos, dividir la entidad del TDM en otras varias, como propone el modelo de enfermedad propio del naturalismo médico.

El fracaso del modelo nosológico del DSM ha propiciado un amplio criticismo, incluso de primeras figuras de la psiquiatría biologicista (Frances, 2010; Insel, Cuthbert, y Garvey, 2010), y desde esa posición se le han buscado alternativas al problema de la complejidad de las condiciones psicopatológicas. El NIMH ha propuesto recientemente sus “Research Domain Criteria (RDoC)” con el objetivo de “...create a framework for research on pathophysiology, especially for genomics and neuroscience, which ultimately will inform future classification

schemes”⁹ (Insel et al., 2010, p.748). A expensas de comprobar si esta empresa tiene más éxito que las anteriores, no puede menos que señalarse que parte de la misma premisa del naturalismo médico: la existencia de una condición subyacente a los trastornos mentales – los trastornos mentales como enfermedades del cerebro - que, una vez descubierta (o descubiertas) validará las categorías nosológicas como entidades naturales, a pesar de las enormes diferencias culturales y sociales que emergen en el estudio de las emociones y la psicopatología (Pilgrim y Bentall, 1999); siguiendo a Pilgrim (1999), seguimos ante la *“medicalisation of misery”*¹⁰.

Sin embargo, es posible plantear alternativas al naturalismo médico que no vayan en la línea del construccionismo social, con su inherente relativismo nihilista; tal y como señala Hofmann:

*“...the radical position that all mental disorders are merely social constructions is more a political than a scientific statement. Moreover, this criticism becomes without foundation if the question moves from “Do specific diagnostic labels exist?” to “Do humans experience suffering than can be alleviated?””*¹¹ (Hofmann, 2014, p.578)

A modo de tercera vía entre el naturalismo médico y el construccionismo social estaría el realismo crítico o escéptico (Pilgrim y Bentall, 1999), que plantea que lo construido socialmente no es la realidad en sí, sino las teorías de la realidad, que deben por tanto ser analizadas críticamente, de acuerdo con su contexto social e histórico, para producir avances científicos válidos y útiles. Aquí, diversos proponentes han señalado el potencial de las terapias cognitivas y conductuales para sostener un modelo multicausal, que integre factores biológicos, psicológicos y sociales en una “red causal compleja” (Hofmann, 2014) que no

⁹ *“...crear un marco para la investigación en patofisiología, especialmente para la genómica y la neurociencia, que en último término conformará los futuros esquemas de clasificación”*

¹⁰ *“medicalización de la miseria”*

¹¹ *“... la posición radical de que todos los trastornos mentales son meras construcciones sociales es una afirmación más política que científica. Más aún, esta crítica queda sin fundamento si la pregunta pasa de “¿Existen etiquetas diagnósticas específicas?” a “¿Experimentan los humanos un sufrimiento que puede ser aliviado?””*

preconcebía la naturaleza orgánica de los trastornos mentales como el TDM. En lugar de como entidades, los trastornos se ven como sistemas que se explicarían por la interacción entre diferentes grupos de síntomas o comportamientos (Borsboom y Cramer, 2013). El innegable éxito de las intervenciones cognitivo – conductuales (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang, 2012), desarrolladas en las últimas décadas para ajustarse a unos trastornos psiquiátricos que les son ajenos, probablemente deriva de su fundamentación en modelos causales basados en la interacción entre variables y que distinguen entre las variables de origen y las de mantenimiento. Partiendo de este modelo, la base para la comprensión de los trastornos individuales sería el análisis funcional de la conducta y la formulación clínica de casos (Godoy y Haynes, 2011; Haynes y Williams, 2003; Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, y Gavino, 2013), que serviría para ofrecer predicciones comprobables, explicaciones causales relevantes centradas en procesos, y sugerencias significativas para individualizar el tratamiento (Hofmann, 2014).

Sin duda también se han señalado riesgos para los modelos cognitivo - conductuales: específicamente, el reduccionismo psicológico, que vendría reemplazar la idea de la enfermedad cerebral subyacente a la psiquiatría biologicista por la de esquemas cognitivos disfuncionales, que con análogas funciones y limitaciones seguirían poniendo el problema *dentro* del paciente, y no en la relación de este con su contexto (González y Pérez, 2007; Pérez y García, 2003; Pilgrim y Bentall, 1999). Ante este riesgo no se puede menos que enfatizar el papel del ambiente y la respuesta activa del individuo (Durisko, Mulsant, y Andrews, 2015; Hidaka, 2012), reforzando los elementos contextuales propios de la terapia psicológica.

2.4 Conclusión

Con independencia de sus orígenes y su naturaleza, ya se traten de la melancolía o de los problemas de la vida, el importantísimo impacto económico y el sufrimiento provocado por los

trastornos depresivos precisa de una respuesta. Esta debe ser capaz de adaptarse a un síndrome tremendamente heterogéneo en sus manifestaciones, del que no se pueden hacer lecturas unívocas, y que, tras décadas de investigación, no ha logrado reducirse a categorías con significado desde una perspectiva nomotética; tan sólo la disforia resulta nuclear para el TDM, sin tener en cuenta su curso crónico o no, o supuestos subtipos. Por ello, los tratamientos psicológicos, con su capacidad para desmedicalizar la tristeza, capturar la complejidad y las características idiosincrásicas del individuo mediante la formulación clínica de casos y apelar directamente a sus problemas con una perspectiva idiográfica parecerían más indicados para la descripción, clasificación y el abordaje de los trastornos depresivos que los antidepresivos, con toda su carga de asunciones biomédicas a propósito de la depresión, propias de un ingenuo naturalismo médico (Pérez y García, 2003; Pilgrim y Bentall, 1999). Por ello, el desarrollo de sistemas de clasificación con un sustrato netamente psicológico, desde la perspectiva de un realismo crítico, permitiría la validación de tratamientos psicológicos de un modo consistente y coherente con sus presupuestos y necesidades.

CAPÍTULO 3.

Práctica clínica basada en la evidencia para los trastornos depresivos.

"La principal causa de la melancolía es el ocio; no hay mejor remedio que la actividad"
Robert Burton

¿Qué constituye una práctica clínica basada en la evidencia para los trastornos depresivos? De acuerdo con la definición de la APA (2006), la práctica basada en la evidencia pasa por la integración de la mejor investigación con la pericia clínica en el marco de las características, la cultura y las preferencias del paciente (American Psychological Association, 2006, p. 273). A continuación se revisarán cada uno de los tres elementos contenidos en la definición a propósito de los trastornos depresivos.

3.1 Integración de la mejor evidencia empírica disponible en el tratamiento de depresión

La importancia de los trastornos depresivos, en términos sanitarios, epidemiológicos y económicos, junto con el creciente movimiento hacia una práctica clínica basada en la evidencia, ha motivado el desarrollo de diversas Guías de Práctica Clínica (GPCs) y resúmenes de la evidencia científica que tienen por objetivo valorar las intervenciones más eficaces, efectivas y eficientes para la depresión y poner esa información a disposición de los profesionales y usuarios. Entre ellas podemos destacar el listado de TEAs desarrollado por la División de Psicología Clínica (Div. 12) de la Asociación Americana de Psicología (APA) (División 12, American Psychological Association, 2015), la GPC para Depresión del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del National Health System (NHS) de Inglaterra y Gales (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010), y la GPC para el manejo de la Depresión en el adulto del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008).

Estos listados y guías son desarrollados y mantenidos por instituciones públicas y privadas implicadas en el desarrollo y aplicación de tratamientos psicológicos con aval empírico. La selección presentada no pretende ser exhaustiva – existen abundantes guías desarrolladas por los servicios de salud de diversos países y administraciones, asociaciones y otros colectivos –

pero sin duda comprende los trabajos más relevantes a la hora de considerar el abordaje de la depresión en nuestro país: el listado de la División 12, por su carácter seminal; la GPC del NICE, también pionera y de gran influencia en la GPC del SNS; y esta última, por su lógica importancia en el estado Español.

En el caso de la APA, la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures de la División de Psicología Clínica desarrolló diversos listados (Chambless et al., 1993, 1998) que tuvieron, como se ha comentado ya, un carácter pionero y fundamental en el desarrollo de una práctica clínica basada en la evidencia en psicología clínica. La página web de la Division 12 de la APA, en su sección dedicada a tratamientos empíricamente apoyados, recoge una sección en relación a la depresión (Strunk, 2015) que considera los tratamientos incluidos en la tabla 3.1.

Adicionalmente, el trabajo inicial de la Task Force tenía por objetivo la edición de un libro con un resumen comprehensivo de los TEAs, que sería publicado por la APA. La polémica suscitada por la publicación del listado de TEAs en 1993 provocó la retirada del apoyo de la presidencia de la APA al proyecto, que acabó siendo reformulado para presentarse como un manual independiente (Nathan y Gorman, 1998), que se encuentra actualmente en su tercera edición actualizada (Nathan y Gorman, 2007); dada su estrecha relación con el trabajo previo de la Task Force, ha sido incluido en la presente revisión. El manual contiene capítulos sobre el tratamiento farmacológico de la depresión, el tratamiento psicosocial, y su combinación. Respecto al tratamiento psicosocial, el manual considera únicamente tratamientos puestos a prueba en al menos dos estudios independientes de “tipo I”, definidos como ensayos clínicos aleatorios prospectivos, con grupos de comparación de asignación aleatoria, uso de evaluadores ciegos a la condición experimental, criterios de inclusión y exclusión claros, métodos diagnósticos de última generación, muestras de amplitud suficiente para obtener una

Tabla 3.1

Tratamientos Empíricamente Apoyados considerados por la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología, por grado de apoyo (División 12, American Psychological Association, 2015).

Tratamientos con apoyo empírico fuerte.	<ul style="list-style-type: none">- Terapia de conducta / Activación conductual (AC).- Terapia cognitivo conductual (TCC).- Sistema de análisis cognitivo conductual de la psicoterapia (CBASP).- Terapia interpersonal (TIP).- Terapia de solución de problemas.
Tratamientos con apoyo empírico modesto.	<ul style="list-style-type: none">- Terapia de aceptación y compromiso (ACT).- Terapia conductual de pareja.- Terapia enfocada en las emociones.- Terapia racional emotiva conductual (TREC).- Terapia de reminiscencias / revisión vital.- Terapia del sistema del <i>self</i> (SST)
Tratamientos con apoyo empírico controvertido.	<ul style="list-style-type: none">- Ningún tratamiento incluido en este nivel de evidencia.

potencia estadística adecuada y métodos de análisis de datos claramente descritos. Con estas restricciones, tan sólo la terapia de conducta (incluyendo la terapia conductual marital), la terapia cognitiva (incluyendo tratamientos de mantenimiento como la terapia cognitiva basada en mindfulness) y la terapia interpersonal han sido consideradas para su análisis en el capítulo, en todos los casos para pacientes ambulatorios entre 18 y 65 años (Craighead, Sheets, Brosse e Ilardi, 2007).

Por su parte, el NICE ha desarrollado una GPC para la depresión en el adulto, cuya segunda edición actualizada data de 2010 (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010). Esta GPC se enmarca en la estrategia general de proveer resúmenes y guías de del NICE para el NHS británico, para el que, desde 1999, la institución ha desarrollado 232 GPCs para toda clase de condiciones médicas y trastornos, entre ellos 23 trastornos mentales. A diferencia de los listados de la APA, la finalidad de las GPCs del NICE es la de comparar y emitir recomendaciones sobre los diferentes tratamientos. Así, la GPC del NICE se fundamenta en un análisis de la evidencia de eficacia (a partir de 139 ECAs publicados que cumplieron los criterios de inclusión de la GPC), efectividad y coste efectividad de cada uno de los tratamientos considerados, para emitir a partir de ese análisis una serie de recomendaciones. Estas recomendaciones se integran en un modelo de cuidados en pasos progresivos (“stepped care”), que va desde las intervenciones más leves a desarrollar en caso de sospecha de ánimo depresivo (paso 1), depresión subclínica o leve (paso 2), depresión moderada o grave (paso 3) hasta la depresión grave resistente al tratamiento, compleja, con abandono del cuidado personal y riesgo vital (paso 4). Los pasos 3 y 4 de la GPC contemplan las denominadas “intervenciones psicológicas de alta intensidad”, que serán las consideradas en esta revisión; estas intervenciones son habitualmente tratamientos psicológicos agudos para la depresión leve a moderada. Los tratamientos considerados por el NICE junto con su nivel de recomendación pueden consultarse en la tabla 3.2.

A partir de esta revisión, el NICE concluye con la recomendación de ofrecer a los pacientes con depresión de moderada a grave una intervención psicológica de alta intensidad (terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal) combinada con un antidepresivo. En el caso de pacientes con una depresión desde subclínica a moderada que no hayan respondido a las intervenciones de baja intensidad, se recomienda igualmente terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal, añadiéndose la recomendación de activación conductual – con la cautela

Tabla 3.2

Tratamientos psicológicos “de alta intensidad” considerados por el National Institute for Clinical Excellence y su nivel de recomendación (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010).

Terapias cognitivo conductuales ^a :	A partir de 46 ECAs, se concluye que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz para la depresión. El formato grupal se considera una intervención de segundo nivel, tras las intervenciones psicológicas de baja intensidad y antes de la terapia individual.
Activación conductual:	A partir de 4 ECAs, se concluye que la activación conductual puede ser una opción alternativa a la terapia cognitivo conductual o la interpersonal, aunque su menor base de evidencia no permite una recomendación directa.
Solución de problemas:	A partir de 2 ECAs, se opta por no recomendar la terapia de solución de problemas como un tratamiento independiente, aunque se recomienda su inclusión como parte de otros tratamientos.
Terapia de pareja:	A partir de 6 ECAs, se opta por recomendar la terapia de pareja para aquellos casos en los que la pareja esté implicada en el origen o mantenimiento de la depresión. Por ello, no se considera una recomendación de primera línea, sino condicionada a esta situación de pareja.
Terapia interpersonal:	A partir de 14 ECAs, se concluye que la terapia interpersonal es un tratamiento eficaz y una alternativa viable a la terapia cognitivo conductual, aunque su base de evidencia no es ni tan amplia ni tan sólida.
Counselling:	A partir de 3 ECAs, se opta por no recomendar el <i>counselling</i> para el abordaje de la depresión, salvo en pacientes que hayan rechazado todas las demás opciones.
Psicoterapia psicodinámica breve:	A partir de 10 ECAs, se opta por no recomendar la psicoterapia psicodinámica breve para el abordaje de la depresión, salvo en pacientes que hayan rechazado todas las demás opciones.
Terapia racional emotivo conductual:	A partir de 1 ECA, se opta por no recomendar la terapia racional emotivo conductual dado lo escaso de su base de evidencia empírica.

^a incluye la terapia cognitiva basada en mindfulness, la terapia cognitiva grupal y otras evoluciones de la propuesta inicial de Beck *et al.* (1979)

debida a su menor base de evidencia – y terapia de pareja, en aquellos casos en los que se considere que implicar a la pareja es beneficioso para la evolución de la depresión, o en los que esta esté implicada en el origen, desarrollo o mantenimiento de la depresión.

En España, el SNS dispone de la plataforma “GuíaSalud”, iniciada en 2006 para poner a disposición de público y profesionales el catálogo de GPCs, puesto en marcha en 2004. Actualmente cuenta con 150 GPCs para diversas enfermedades y condiciones, entre ellas 23 trastornos mentales y del comportamiento, incluyendo una GPC para el manejo de la depresión en el adulto, disponible en una segunda versión actualizada (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008). La GPC distingue por un lado el nivel de apoyo empírico de una propuesta (sea un tratamiento completo, una adaptación del mismo o un pronóstico) y el grado de recomendación que la GPC emite sobre la misma. Para más información sobre los niveles de apoyo empírico y la fuerza de las recomendaciones pueden consultarse las tablas 3.3 y 3.4, respectivamente.

Tabla 3.3

Niveles de evidencia considerados en la GPC de manejo de la depresión en el adulto del SNS (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008, p. 75.)

1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de bajo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 3.4

Fuerza de las recomendaciones consideradas en la GPC de manejo de la depresión en el adulto del SNS (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008, p. 75)

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

A partir de la revisión de la evidencia realizada sobre las psicoterapias, la GPC del SNS realiza la recomendación de ofrecer terapia cognitivo conductual, sola o en combinación con antidepresivos, como tratamiento de elección en la mayor parte de escenarios, haciendo énfasis especial en los elementos de activación conductual contenidos en la terapia para los pacientes más graves. La terapia interpersonal se considera una alternativa razonable, mientras que la terapia de pareja se recomienda en casos en los que no se obtiene respuesta con una terapia individual previa y en los que se estime procedente. El resto de intervenciones, como la terapia de solución de problemas o el counselling, se consideran secundarias, en función de la comorbilidad o la situación familiar del paciente, y reservadas para intervenciones breves (las consideradas “de baja intensidad” por el NICE) para pacientes con formas leves de depresión. Las recomendaciones de la GPC pueden consultarse en la tabla 3.5.

Tabla 3.5

Recomendaciones consideradas en la GPC de manejo de la depresión en el adulto del SNS, por fuerza de la recomendación (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008, p. 55)

A	<ul style="list-style-type: none">- Para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento farmacológico y/o con múltiples episodios de recurrencia, debería ofrecerse una combinación de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.- A los pacientes con depresión crónica debería ofrecérseles una combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva.
B	<ul style="list-style-type: none">- En la depresión leve y moderada debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo- conductual breve o el counselling) de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.- El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la terapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable.- Para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.- En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada.- La terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal.- La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.- Debería considerarse la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que no han tenido una respuesta adecuada a otras intervenciones o tengan una historia previa de recaídas y síntomas residuales pese al tratamiento.- La terapia cognitivo-conductual debería considerarse para los pacientes con depresión recurrente que han recaído pese al tratamiento antidepresivo o que expresen una preferencia por el tratamiento psicológico.
C	<ul style="list-style-type: none">- Cuando se aplique la terapia cognitivo-conductual en los pacientes más graves, deberían tenerse en cuenta de forma prioritaria las técnicas basadas en la activación conductual- Otras intervenciones psicológicas diferentes a las anteriores podrían resultar de utilidad en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares asociadas frecuentemente al trastorno depresivo.

Así pues, a partir de los análisis realizados por la División de Psicología Clínica de la APA, el NICE y el SNS español se constata que los únicos tratamientos psicológicos que alcanzan un apoyo empírico sólido, y una recomendación fuerte para los pacientes adultos con depresión de leve a grave, con independencia de su situación marital, son la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, siendo la activación conductual una tercera opción con una menor solidez en su base empírica pero con un impacto equiparable a las anteriores. Por ello, serán estos tres tratamientos los que se consideren en detalle a continuación.

3.1.1 Activación conductual

La activación conductual es un enfoque terapéutico para la depresión basado en la terapia de conducta. A lo largo de los últimos 40 años han existido diferentes propuestas para el abordaje de la depresión a partir de presupuestos y métodos estrictamente conductuales; entre ellas es preciso destacar las aportaciones de diversos autores, entre los que se encuentran Charles B. Ferster, Peter M. Lewinsohn, Lynn P. Rehn, Aaron T. Beck y Neil S. Jacobson. En particular, ha sido de gran importancia para el desarrollo de la activación conductual moderna el trabajo de este último autor, quien mediante un análisis de componentes de la terapia cognitiva de Beck puso de manifiesto la importancia de los elementos puramente conductuales, que resultaron ser tan eficaces como el programa de tratamiento completo (Jacobson et al., 1996), propiciando así una “vuelta a los orígenes” conductuales en la terapia de la depresión.

Las formulaciones más actuales de la terapia de conducta para la depresión son la Activación Conductual (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010) y la Terapia Breve de Activación Conductual para la Depresión (Lejuez y Hopko, 2013; Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011). Ambas comparten numerosos presupuestos y métodos comunes antes que diferencias, y los propios autores señalan que sus líneas de trabajo son esencialmente convergentes (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). El sistema de análisis cognitivo

conductual de la psicoterapia (CBASP; Keller et al., 2000) también supone una forma de terapia de conducta basada en el análisis funcional con elementos de solución de problemas sociales.

3.1.1.1 Presupuestos teóricos

A lo largo de 40 años, la terapia de conducta ha realizado numerosas propuestas que han venido a fundamentar la activación conductual como un tratamiento para la depresión. Ferster (1973) propone que la conducta depresiva es esencialmente una forma de evitación o escape de situaciones cotidianas aversivas, lo que supone situar el comportamiento del sujeto deprimido bajo un control negativo de la conducta. Adicionalmente, este comportamiento vendría a impedir el acceso a un nivel suficiente de reforzamiento positivo, situando al individuo en un estado de privación. Enfatizando la importancia de las contingencias, Ferster destaca la importancia de aproximarse al comportamiento depresivo por su función antes que por su forma. Como él, Lewinsohn (1974) viene a enfatizar la pérdida de refuerzo positivo como una causa fundamental de la depresión. Además, señala la importancia de valorar la valencia afectiva de las situaciones desde la subjetividad del individuo, explicando así cómo situaciones aparentemente positivas pueden traducirse en una pérdida de reforzamiento para la persona. El trabajo de Lewinsohn es fundamental para el desarrollo de un enfoque sistemático para la planificación de actividades, que más adelante recogerá Beck dentro de su programa de Terapia Cognitiva de la Depresión (Beck et al., 1979). Lewinsohn también observa la elevada reactividad del individuo deprimido ante las situaciones adversas de la vida, y sugiere la importancia de desensibilizar al paciente ante estas como forma de reducir la evitación. Por último, Rehm (1977), en una aproximación con elementos cognitivos importantes, pero aún esencialmente conductual, propone en su terapia de autocontrol que las contingencias relevantes son básicamente auto administradas por el propio sujeto, que habría desarrollado un comportamiento con bajos niveles de autorrefuerzo, elevados niveles de autocastigo dependientes de criterios de ejecución excesivamente estrictos y una focalización preferente en información negativa, y, ante estos, una tendencia a embarcarse en

comportamientos altamente reforzantes a corto plazo, pero que funcionarían como una forma de evitación.

Todos estos autores tienen en común la consideración central del refuerzo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, y una concepción del comportamiento basada en el análisis funcional de la conducta que resultan fundamentales para la activación conductual moderna.

3.1.1.2 Aproximación terapéutica

El programa de activación conductual (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010) es un tratamiento individual para pacientes adultos, estructurado y orientado a la acción, que incorpora elementos de solución de problemas y una gran carga de tareas y actividades que el paciente debe desarrollar fuera de la sesión. El tratamiento se desarrolla durante un periodo de tiempo variable según el modelo exacto de terapia, de entre 16 y 20 sesiones (Jacobson et al., 1996) hasta un máximo de 24 (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010) en un modelo, y desde 8 hasta 15 en otro (Lejuez y Hopko, 2013). Dentro de este marco existe una gran libertad para individualizar la intervención a partir del patrón ideográfico de conducta del paciente, analizado a partir de herramientas de evaluación conductual basadas en el análisis funcional y el análisis de secuencias.

Toda la terapia transcurre de acuerdo a diez principios fundamentales, que pueden consultarse en la tabla 3.6.

Entre los recursos disponibles para el terapeuta en la activación conductual está el establecimiento de una agenda estricta para las sesiones; la prescripción negociada de tareas; la psicoeducación acerca de la depresión, activación conductual y el desarrollo del tratamiento; la monitorización del comportamiento, los estados de ánimo y las experiencias de dominio y agrado; la planificación graduada de tareas seleccionadas cuidadosamente; el uso

Tabla 3.6

Principios fundamentales de la Activación Conductual (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010, p. 23).

-
1. La clave para cambiar lo que la gente siente es cambiar lo que la gente hace.
 2. Los cambios en la vida pueden conducir a la depresión, y el afrontamiento a corto plazo puede hacer que la gente quede atascada.
 3. Las pistas para descubrir qué puede tener efectos antidepresivos están en lo que precede y lo que sigue a los comportamientos significativos de las personas.
 4. Estructura y programa actividades que sigan un plan, no un estado de ánimo.
 5. El cambio es más fácil si se empieza por lo pequeño.
 6. Enfatiza las actividades que son naturalmente reforzantes.
 7. Actúa como un entrenador¹.
 8. Enfatiza una aproximación empírica de solución de problemas, y reconoce que todos los resultados son útiles.
 9. No te limites a hablar, ¡actúa!
 10. Solventa las barreras posibles y las presentes para la activación.
-

Traducción propia.

¹ "Coach" en el original

de métodos estructurados de solución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 1999); el ensayo en vivo mediante juegos de rol; y el uso de medidas objetivas para monitorizar la evolución del comportamiento del paciente. Estas medidas objetivas sirven también como sistema de detección temprana de ideación suicida y de valoración de su riesgo.

En relación a la cognición y a los síntomas asociados a ese dominio en el paciente deprimido, como la rumiación, la Activación Conductual adopta la perspectiva conductual radical de considerar el discurso o diálogo interior como una conducta más. La rumiación se concibe como un comportamiento más, uno que desconecta al paciente de su entorno y que interfiere con una solución de problemas eficaz. Para su abordaje se acude a la distracción, la focalización en las tareas, el prestar atención a la experiencia sensorial, el acudir a la solución de problemas, y tomar conciencia de las consecuencias de la rumiación.

Adicionalmente a estos recursos, se anima a los terapeutas a familiarizarse con el trabajo en valores y objetivos a largo plazo del paciente a partir de las propuestas desarrolladas en la terapia de aceptación y compromiso (Dahl, Plumb, Stewart y Lundgren, 2009)

De cara al final de la terapia se enfatiza la prevención de recaídas, mediante la generalización, el repaso de las técnicas más útiles para el paciente, la planificación del afrontamiento de las situaciones difíciles que se pueden prever, y la planificación de sesiones de potenciación y mantenimiento.

3.1.1.3 Resumen de la evidencia.

Como señalan Craighead, Sheets, Brosse e Ilardi (2007), la evidencia que sostiene a la activación conductual, y a las terapias conductuales para la depresión (terapia de conducta de Lewinsohn, CBASP, terapia conductual de pareja), es amplia y consistente, hasta el punto de que su postergación en favor de la terapia cognitivo conductual se ha podido explicar a partir su exclusión en el estudio colaborativo del NIMH (Elkin et al., 1989) y otras razones de “sociología de la ciencia” antes que propiamente científicas.

Entre los estudios modernos que sostienen la eficacia de la activación conductual se encuentran el estudio de Jacobson et al. (1996) que encontró que el elemento de activación conductual de la terapia cognitiva de Beck, aplicado en una dosis equivalente al paquete completo (20 sesiones), obtuvo resultados similares al programa completo de terapia cognitiva para la depresión, en el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses. En una continuación de ese línea por el mismo equipo de investigación, Dimidjian et al. (2006) compararon la terapia de Activación Conductual derivada por los autores a partir del elemento de activación conductual de la terapia cognitiva de Beck, con la propia terapia cognitiva, un tratamiento farmacológico con paroxetina y un placebo farmacológico, en un ECA de 241 pacientes; en él, la activación conductual superó ampliamente a la terapia cognitiva y fue tan eficaz como la paroxetina en los pacientes más graves. En el conjunto de la muestra, los pacientes en

Activación Conductual obtuvieron porcentajes de mejoría superiores al resto de condiciones del estudio. Keller et al. (2000) desarrollaron un ECA con 681 pacientes con depresión crónica, asignados aleatoriamente a tratamiento farmacológico con nefazodona, tratamiento con CBASP, o su combinación. Los pacientes tratados con CBASP respondieron de forma equivalente a la nefazodona, y la combinación de ambas superó a las dos por separado, con una tasa de respuesta al tratamiento del 78%. Aplicando la terapia breve de activación conductual a población en régimen de internamiento psiquiátrico, Hopko, Lejuez, Lepage, Hopko, y McNeil (2003) encontraron resultados significativamente superiores a la atención clínica habitual.

La base de evidencia es más amplia: revisiones meta analíticas como la Cuijpers, van Straten, y Warmerdam (2007) y la de Ekers, Richards, y Gilbody (2008), con 16 y 17 estudios respectivamente, han venido a recoger también la eficacia de la activación conductual en sus diversas formas, aunque entre los trabajos que fundamentan esas conclusiones algunos se refieren a muestras subclínicas y terapias breves (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010).

En síntesis, la activación conductual, con sus diversas formas, parece equivalente a la terapia cognitiva y a los tratamientos farmacológicos de referencia, con buenos resultados en depresiones graves.

3.1.2 Terapia cognitiva de la depresión

La terapia cognitiva de la depresión, o también terapia cognitivo conductual, es el tratamiento psicológico de la depresión más estudiado (Craighead et al., 2007), y es considerado la primera opción en cuanto a terapia psicológica de alta intensidad por la mayoría de GPCs para el manejo de la depresión en el adulto (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010). Sus orígenes se remontan a los años 50, cuando, alrededor de 1956, Aaron T. Beck se propuso validar

empíricamente algunos de los conceptos psicoanalíticos, que él consideraba correctos pero faltos de apoyo experimental (Beck et al., 1979). Los resultados obtenidos por Beck no se ajustaron a las teorías psicoanalíticas acerca de la depresión – la “necesidad de sufrimiento” – por lo que hubo de realizar lo que denominó “reajustes de emergencia” en su modelo de creencias. De esos “ajustes” surgió una remodelación total de la psicopatología de la depresión, y de otros trastornos emocionales a partir del modelo cognitivo desarrollado por Beck. De hecho, *“Cognitive Therapy and the emotional disorders”*, el primer manual desarrollado por Beck (Beck, 1976) no se circunscribe a la depresión. Habría que esperar a 1979 para que la terapia cognitiva de la depresión se formulara como manual, suponiendo un hito de cara a la estructuración y manualización de las terapias (Chambless et al., 1993). Sin embargo, a pesar de la indudable originalidad del trabajo de Beck, los referentes de la terapia cognitiva son amplios, desde la filosofía – pensadores estoicos como Epícteto o Zenón de Citio, o la filosofía fenomenológica de Kant y Heidegger – a la psicología de su tiempo – Albert Ellis, Arnold Lazarus o Donald Meichenbaum, entre otros muchos.

3.1.2.1 Presupuestos teóricos.

El modelo cognitivo de la depresión se organiza alrededor de tres bloques: la triada cognitiva, los esquemas depresógenos y los sesgos cognitivos.

La triada cognitiva se refiere a patrones cognitivos disfuncionales referidos a uno mismo, el mundo y el futuro, que se perciben conjuntamente de un modo crítico, como negativos y faltos de valor. Los síntomas de la depresión (déficits motivacionales, apatía, inhibición, etc.) se valoran como consecuencias de este patrón.

Los esquemas depresógenos hacen referencia a patrones de pensamiento estables que actúan como filtro de las percepciones e ideas, que son categorizadas y evaluadas en base a él. Un esquema determinado tiende a ser activado por un determinado tipo de estímulos, a los que se refiere de forma preferente. Sin embargo, una vez activado, el esquema tiende a imponerse

como interpretación preeminente de la realidad y el paciente pierde gran parte de su capacidad voluntaria para sustraerse al mismo. Esto se traduce en la producción automática de un pensamiento marcado por errores cognitivos sistemáticos, sesgos y distorsiones de la realidad: los pensamientos automáticos negativos.

Los sesgos cognitivos son errores en el procesamiento de la información que distorsionan la realidad y mantienen la validez de los esquemas negativos a pesar de la existencia de evidencia en contra de los mismos. Los sesgos constituyen una forma de pensamiento “primitivo” o “inmaduro”, análogo en muchos sentidos al pensamiento infantil descrito por Piaget: absolutista, invariable, irreversible, unidimensional y caracteriológico. Para un listado detallado de los sesgos descritos por Beck et al. (1979) puede consultarse la tabla 3.7.

Como forma de compensar este modelo, marcadamente intrapsíquico, se acude a la influencia de las cogniciones a la hora de organizar la conducta del paciente deprimido, que refuerza así sus depresión mediante el aislamiento, los conflictos u otras experiencias personales. Se afirma, no obstante, la primacía de lo cognitivo, si bien la causa o la etiología de la depresión no es abordada por los autores, que enumeran como posibilidades la herencia genética, comportamientos aprendidos o trastornos bioquímicos, entre otras causas. Con independencia de estas, el sistema cognitivo depresivo, una vez activado, jugaría un papel crucial en el mantenimiento de la depresión. Sin embargo, se postula que mediante la terapia psicológica es posible modificar esos errores de pensamiento y estructuras cognitivas, produciendo cambios en consonancia en el estado afectivo del sujeto y en su comportamiento.

3.1.2.2 Aproximación terapéutica.

La terapia cognitiva es un tratamiento estructurado, directivo, breve, de entre 16 y 20 sesiones, orientado a cambiar la visión del paciente deprimido acerca del mundo, del futuro y de sí mismo. Se espera que la primera sesión sirva para fundar la relación terapéutica, educar

Tabla 3.7

Principales distorsiones cognitivas en el pensamiento depresivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p. 21-22)

-
1. **Inferencia arbitraria:** el proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la situación.
 2. **Abstracción selectiva:** consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
 3. **Generalización excesiva:** el proceso de elaborar una regla o conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones aisladas como inconexas.
 4. **Maximización y minimización:** quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
 5. **Personalización:** tendencia del paciente a atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
 6. **Pensamiento absolutista y dicotómico:** tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.
-

al paciente en la perspectiva cognitiva de la depresión, establecer los síntomas objetivo de la terapia y desarrollar un primer intento de reducir la sintomatología del paciente. A partir de aquí las sesiones siguen una estructura prototípica, que se inicia con el repaso al estado del paciente mediante entrevista y cuestionarios, el planteamiento de común acuerdo de una agenda de objetivos concretos para la sesión, el desarrollo de las técnicas propiamente dichas, y, como cierre, la búsqueda explícita de retroalimentación por parte del paciente sobre el desarrollo de la sesión. Las tareas para casa son frecuentes y se emplean con asiduidad, especialmente a la hora de implementar las técnicas conductuales o realizar un “experimento conductual” para poner a prueba las creencias del paciente. El mantenimiento de las ganancias es un objetivo fundamental para la terapia cognitiva, por lo que se considera la

programación de sesiones de seguimiento que aseguren el mantenimiento de los resultados obtenidos.

Entre el arsenal técnico disponible para el terapeuta cognitivo, pueden distinguirse dos bloques de técnicas: las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas, tanto las dirigidas a la corrección de los sesgos y distorsiones cognitivas, como las técnicas cognitivas dirigidas a la modificación de los esquemas depresógenos. Adicionalmente, se considera con detenimiento el manejo de la intencionalidad suicida.

Las técnicas conductuales se consideran fundamentales al inicio de la terapia, especialmente en los paciente gravemente deprimidos, para restablecer el nivel de funcionamiento premórbido. A pesar de su formato conductual, se espera de ellas que tengan un efecto claro sobre las interpretaciones, actitudes y creencias del paciente, obligándole a modificar interpretaciones sesgadas y propiciando el trabajo cognitivo posterior. Entre ellas se considera la programación gradual de actividades, las técnicas de dominio y agrado, el entrenamiento en asertividad mediante juegos de rol, y la práctica cognitiva.

Las técnicas cognitivas incluyen la psicoeducación acerca del modelo cognitivo de la depresión, el entrenamiento en detección de pensamientos automáticos y su sometimiento sistemático a examen y pruebas de realidad mediante una actitud análoga a la del método científico, que incluye la elaboración y puesta a prueba de hipótesis – tanto por medio del razonamiento y el “debate socrático” como por experimentos directos – las técnicas de reatribución, el cuestionamiento sistemático y la solución de problemas. A partir de los pensamientos automáticos negativos se espera que terapeuta y paciente identifiquen los esquemas depresógenos implícitos y los pongan a prueba mediante diferentes procedimientos, como la consideración de su utilidad, el recurso a la acción, o procedimientos análogos a los empleados para corregir los pensamientos automáticos negativos.

3.1.2.3 Resumen de la evidencia.

La terapia cognitiva de la depresión es el tratamiento psicológico que ha sido evaluado con mayor profundidad (Craighead, Sheets, Brosse e Ilardi, 2007). Existen decenas de estudios que han probado la terapia cognitiva para la depresión en diferentes poblaciones, como las de pacientes crónicos, pacientes recuperados (a los que el tratamiento se aplica con finalidad profiláctica), etc. Quizá el más influyente y controvertido de todos haya sido el programa colaborativo del NIMH (Elkin et al., 1985, 1989), en el que la terapia cognitiva no obtuvo un resultado tan positivo como los otros tratamientos ensayados. Este resultado fue contestado por Jacobson y Hollon (1996), quienes mediante un reanálisis de los datos del estudio concluyeron que los efectos de la TCC habían resultado marcadamente diferentes en función de la calidad de la aplicación. La calidad estuvo a su vez relacionada con el centro en el que se hubiera desarrollado la terapia, lo que llevó a los autores a concluir que una aplicación inadecuada de la TCC en uno de los centros había sesgado los resultados del estudio. A pesar de estos resultados, la inmensa mayoría de los estudios señala la eficacia de la TCC; en un meta análisis reciente, Cuijpers et al. (2013a), encontraron evidencia de la eficacia de la TCC frente a grupo de control en una muestra de 115 estudios. Los autores también señalaron que la TCC resultaba menos eficaz en los estudios más recientes, y más eficaz en los estudios de menos calidad, señalando la tendencia a sobreestimar el tamaño del efecto de la intervención que producen diseños experimentales débiles. En relación a otros tratamientos, la evidencia es mixta, con algunos estudios señalando una eficacia equiparable a la de la TCC para otras intervenciones, y otros señalando la superioridad de la TCC (Hofmann et al., 2012).

En relación a su papel de cara al mantenimiento, en un meta análisis de 28 estudios y 1880 participantes, Vittengl, Clark, Dunn, y Jarrett (2007) encontraron que la terapia cognitiva empleada como tratamiento de mantenimiento redujo las recaídas de forma significativa respecto a la medicación y respecto a otras intervenciones de mantenimiento.

A pesar de algunas observaciones críticas, la TCC continúa siendo un tratamiento al menos tan eficaz como otras intervenciones psicofarmacológicas o psicológicas para la remisión y el mantenimiento de la depresión, y su base de evidencia es la más amplia de todas las intervenciones psicológicas para la depresión.

3.1.3 Terapia interpersonal de la depresión

La terapia interpersonal de la depresión (Klerman et al, 1984; Weissman, Markowitz y Klerman, 2013) surge como un tratamiento de mantenimiento de la depresión desarrollado por Gerry Klerman a principios de los años 80, en el marco de la tradición interpersonal que la psiquiatría americana había visto nacer en los años 50 con los trabajos de Adolf Meyer y Harry S. Sullivan. La psicoterapia interpersonal supone un intento de estandarización de la intervención psicoterapéutica de cara a su uso en ensayos clínicos, y este posicionamiento favorable a la contrastación empírica ha sido una de las cualidades que, a juicio de los autores, la hacen similar a la terapia cognitivo conductual, en la que también identifican una actitud de aceptación de la nosología psiquiátrica y el modelo médico. Esta actitud muy bien pudo favorecer que el National Institute of Mental Health (NIMH) de los EEUU la seleccionara para su influyente programa de estudio colaborativo sobre la depresión (Elkin et al., 1985, 1989), donde obtuvo resultados superiores a los de la terapia cognitiva – resultados ampliamente criticados y debatidos por la comunidad científica americana (Jacobson y Hollon, 1996a; 1996b; McNally, 1996). En este sentido, la terapia interpersonal se convirtió en la “*terapia revelación del estudio*” (Pérez y García, 2003) en el que, según algunos autores (Seligman, 1995) había sido incluida como tratamiento control. Sea como fuere, la terapia interpersonal se ha consolidado en las GPCs de manejo de la depresión y su modelo se ha generalizado con éxito a otras patologías, como la bulimia nerviosa (Wilson y Fairburn, 2007).

3.1.3.1 Presupuestos teóricos.

A la hora de formular la depresión, los autores de la terapia interpersonal adoptan una perspectiva pluralista y postulan que se trata de un síndrome de etiología compleja, con elementos genéticos, la personalidad, el estrés ambiental y las experiencias tempranas jugando roles complejos en la etiología y mantenimiento de la depresión (Klerman et al., 1984). A pesar de esta aparente neutralidad, la psicoterapia interpersonal se alinea con la tradición psiquiátrica de Meyer y su teoría psicobiológica (1957), que extiende el concepto de adaptación biológica de origen darwinista a la adaptación del individuo al medio social; esta adaptación estaría condicionada por las experiencias tempranas vividas en el medio familiar (“hábitos”). Más allá de Meyer, los autores atribuyen la autoría del paradigma interpersonal a Harry S. Sullivan (Klerman, 1984), que se aproximó a la psiquiatría y la psicopatología desde el estudio de las relaciones interpersonales, especialmente en el marco familiar temprano. Para Sullivan, la psiquiatría debía ser el estudio científico de la gente y los procesos que ocurren entre las personas (Sullivan, 1953). Por otro lado, el contacto de la escuela psiquiátrica de Meyer con autores neo – freudianos como Frieda Fromm-Reichman, Erich Fromm o Karen Honey explica la influencia de estos sobre la obra de Klerman y colaboradores.

Así, el objeto de análisis de la escuela interpersonal se centra en la red de relaciones interpersonales del individuo y su adaptación a las mismas: la familia nuclear y extensa, la red de amigos, las relaciones propias del trabajo, y el vecindario o la comunidad inmediata. El desempeño de los roles interpersonales del individuo se ve como esencial y su perturbación se valora como una causa de psicopatología de todo tipo, si bien la dirección de la causalidad entre disfunciones interpersonales y psicopatología se reconoce equívoca. En cualquier caso, el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits interpersonales se conceptualizan como las áreas problema básicas (“universales”, incluso; Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, p. 14-15), y se afirma que todo paciente depresivo encaja en al menos una de ellas (Weissman et al., 2013). A partir del diagnóstico de aquellas áreas problema afectadas se iniciaría el trabajo terapéutico, que se entiende como: *“...to help patients identify key persons*

*with whom they are having difficulties; what the difficulties are; and whether there are ways the patient can make the relationships more satisfactory.*¹² (Klerman et al., 1984, p. 89). Para el abordaje de este proceso los autores abrazan expresamente el modelo médico a la hora de considerar la depresión, reivindicando la noción de síntoma y la prescripción del rol de enfermo, frente a la tradición psicoterapéutica que se ha mostrado siempre crítica con ambos elementos.

3.1.3.2 Aproximación terapéutica.

De acuerdo con la propia descripción de los autores (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013) la terapia interpersonal es un tratamiento con límites temporales, que se sitúan alrededor de las 20 sesiones de tratamiento. Como terapia breve que es, es un tratamiento focalizado, con objetivos definidos centrados en las relaciones interpersonales presentes, y una perspectiva del “aquí y ahora”. Aunque, dada su raigambre psicodinámica, los manuales de la terapia interpersonal reconocen los procesos inconscientes y la transferencia, la terapia interpersonal es un tratamiento que elude lo intrapsíquico, centrándose en lo consciente y lo preconscious. Haciendo énfasis en lo interpersonal, los autores tratan de diferenciar su enfoque del de la terapia cognitiva y cognitivo conductual, señalando que la terapia interpersonal no pretende la modificación de pautas de conducta o de cogniciones concretas, que se perciben como síntomas, y que no se trabajan sistemáticamente. No obstante, se afirma al mismo tiempo que el terapeuta sí puede señalar las inconsistencias del discurso y los actos del paciente, contrastar los pensamientos del paciente con la realidad, o emplear juegos de rol como forma de modificar la manera en la que el paciente afronta determinadas dificultades interpersonales.

La estructura de la terapia se divide en tres fases: sesiones iniciales, intermedias y finales. Las primeras sesiones se dedican a la psicoeducación acerca de la depresión desde una

¹² “...ayudar a los pacientes a identificar personas clave con las que están teniendo dificultades; qué dificultades son; y de qué manera puede el paciente hacer la relación más satisfactoria”

perspectiva biomédica, y, de acuerdo con ella, a la prescripción del rol de enfermo; se enfatiza también la naturaleza interpersonal de la depresión y se procede al análisis en profundidad de las relaciones interpersonales del paciente buscando su relación con la sintomatología presente; se analizan las cuatro áreas problema consideradas (el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits interpersonales) y se plantean, en función de ellas y de las relaciones valoradas, los objetivos del tratamiento de acuerdo con el paciente. Por último se expone el modo de proceder de la terapia interpersonal, con el énfasis en el aquí y ahora, y se firma el contrato terapéutico. Este proceso inicial no tiene límites marcados, pero se indica al terapeuta que si no logra concretar una formulación del problema, o si existen discrepancias entre terapeuta y paciente a propósito de los objetivos de la terapia, es preciso movilizarse en dirección a lo que sea viable trabajar a partir de la cuarta o quinta sesión. Las sesiones intermedias siguen una pauta diferenciada en función de cual de los cuatro tipos de problema que se esté afrontando. En la tabla 3.8 se detallan los objetivos y estrategias a seguir en cada una de las cuatro áreas. Las sesiones finales están orientadas a la preparación del final de la terapia, contemplando el duelo, la necesidad de promover la independencia del paciente y la posibilidad de establecer un tratamiento de mantenimiento o continuación, en función de la respuesta a la terapia. Adicionalmente, se recogen, de forma transversal, diferentes técnicas específicas, entre las que se cuentan técnicas para el cambio conductual (donde se recogen la psicoeducación, el modelado o los juegos de rol), técnicas para alentar la expresión de emociones, o el manejo de la relación terapéutica como ejemplo y para resolver problemas en la misma.

3.1.3.3 Resumen de la evidencia.

Entre los estudios que sustentan la eficacia de la terapia interpersonal ocupa un lugar destacado el programa colaborativo de investigación sobre la depresión del NIMH (Elkin et al., 1989), en el que la comparación con placebo resultó favorable a la terapia interpersonal en el

Tabla 3.8

Principios fundamentales de la Activación Conductual (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, pp. 53-55)

Duelo	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos: facilitar el proceso de duelo; ayudar al paciente a que vuelva a tener intereses y relaciones para sustituir la pérdida.- Estrategias: revisar los síntomas; relacionar la aparición de los síntomas con la muerte de la persona de referencia; reconstruir la relación con el paciente difunto; describir la secuencia y las consecuencias de los acontecimientos poco antes, durante y después de la muerte; explorar los sentimientos asociados (positivos y negativos); considerar posibles vías para implicarse con otros.
Disputas inter-personales	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos: identificar la disputa; elegir un plan de acción; modificar las expectativas / la mala comunicación en aras de una relación satisfactoria.- Estrategias: revisar los síntomas depresivos; relacionar el inicio de los síntomas con la disputa abierta o encubierta que tiene el paciente con la persona de referencia; determinar el estadio del conflicto; entender cómo expectativas de rol no recíprocas se relacionan con la disputa; analizar paralelismos con otras relaciones y el mantenimiento del conflicto.
Transiciones de rol	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos: elaborar el duelo y aceptar la pérdida del viejo rol; ayudar al paciente a que vea de forma más positiva el nuevo rol; restablecer la autoestima al desarrollar un sentido de dominio ante las demandas del nuevo rol.- Estrategias: revisar los síntomas depresivos; relacionar los síntomas con las dificultades de afrontar cambios recientes en la vida del paciente; revisar los aspectos positivos y negativos de los viejos y nuevos roles; explorar los sentimientos relacionados con lo perdido; explorar los sentimientos relacionados con el cambio mismo; explorar las oportunidades del nuevo rol; evaluar de forma realista lo perdido; alentar la liberación / expresión adecuada de los sentimientos; alentar el desarrollo de un nuevo sistema de apoyo social y de nuevas habilidades necesarias para el nuevo rol.
Déficits inter-personales	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos: reducir el aislamiento social; alentar el establecimiento de nuevas relaciones.- Estrategias: revisar los síntomas depresivos; relacionar los síntomas depresivos con problemas de aislamiento social o de insatisfacción; revisar anteriores relaciones significativas, incluyendo sus aspectos positivos y negativos; explorar pautas repetitivas en las relaciones; hablar de los sentimientos positivos y negativos que el paciente tiene del terapeuta y buscar paralelismos con otras relaciones.

postratamiento y en el seguimiento. Los resultados fueron inferiores, pero no de modo significativo, a los de la imipramina. En un trabajo anterior (Weissman et al., 1979), los autores del enfoque encontraron resultados similares a los de Elkin. En este estudio, adicionalmente, la combinación de amitriptilina y terapia interpersonal obtuvo resultados superiores a cualquiera de ellas por separado.

La terapia interpersonal se desarrolló con el objetivo de reducir las recaídas, por lo que su desempeño en este papel ha recibido también escrutinio empírico, tanto en las fases de seguimiento de los trabajos anteriores como en otros estudios desarrollados ex profeso para este fin. Si bien los resultados han sido halagüeños, en al menos un estudio la medicación superó de modo significativo el efecto profiláctico de la terapia interpersonal. El meta análisis de Cuijpers, Geraedts, y van Oppen (2011b), por su parte, viene a concluir la superioridad de la terapia interpersonal sobre el placebo y su equivalencia a otros tratamientos psicológicos, pero no así a la medicación.

3.1.4 Elementos de intervención psicológica derivados de los TEAs

Tal y como se ha señalado, la AC, la TCC y la TIP han obtenido un apoyo empírico sólido de acuerdo con los estándares más exigentes de evaluación en ECAs. Sus resultados son en general equiparables, y el conjunto de la evidencia no ha señalado hasta la fecha ventajas inequívocas para una de las intervenciones frente a las otras o frente a la medicación. Así pues, no resulta sorprendente que la comparación entre los tres tratamientos arroje muchas características comunes entre las tres intervenciones (Follete y Greenberg, 2006). De hecho, a propósito del estudio colaborativo del NIMH, Ablon y Jones encontraron que la diferencia de contenido entre muchas las sesiones de terapia cognitivo conductual y las de terapia interpersonal era mínima, y observaron que las técnicas cognitivas incluidas de facto en ambas condiciones explicaban un porcentaje significativo de la varianza de los resultados obtenidos (Ablon y Jones, 2002). Por ello, se han desarrollado algunos intentos de integración a partir de

estas similitudes entra las intervenciones, tratando formular principios de cambio fundamentados en la evidencia (Castonguay y Beutler, 2006). La tabla 3.9 sintetiza los principios de cambio que parecen subyacer a las tres intervenciones eficaces en el tratamiento de la depresión.

Específicamente, los tres tratamientos son breves, estructurados, y centrados en el aquí y ahora, si bien el enfoque en el cambio sintomático es mucho más marcado para la AC y la TCC que para la TIP, que tiende a emplear estrategias más centradas en la introspección y la reflexión. De hecho, la TIP no recurre formalmente a las tareas para casa, tan habituales en la AC y la TCC, pero se espera y alienta el cambio de conducta del paciente en su día a día.

En relación a las herramientas terapéuticas, la AC se vale fundamentalmente de la activación conductual y la programación de actividades. Esta tiene un lugar preeminente en las primeras sesiones de la TCC y de nuevo se encuentra presente de modo informal en la TIP, que alienta el establecimiento de nuevas relaciones e intereses en situaciones de duelo y déficits interpersonales, y la experiencia de dominio y agrado en las transiciones de rol. El tema interpersonal es abordado también por los tres tratamientos, de modo igualmente más estructurado en la AC y la TCC que en la TIP, que acude no obstante a juegos de rol y ensayos de habilidades, y le dedica por otro lado el grueso de su trabajo de reflexión. El cambio en los pensamientos y cogniciones es la seña de identidad de la TCC, y es la única que, al analizar los supuestos y esquemas depresógenos, hace un énfasis marcado en la vida intrapsíquica del paciente. Pero eso no significa que, desde perspectivas distintas, la AC y la TIP no se apliquen al mismo objetivo, aunque con menor profundidad; la primera, desde la consideración de la cognición como otra conducta cualquiera, promueve su control; la segunda, aún poniendo el énfasis en el plano emocional, no deja de suministrar al paciente evidencia correctiva y pruebas de realidad. También el análisis de la utilidad o funcionalidad del comportamiento del

Tabla 3.9

Componentes comunes a los principales TEAs para la depresión.

Activación conductual:

Búsqueda de la reducción de la evitación.

Promoción de la obtención de reforzamiento.

Cambio de creencias y emociones:

Abordaje de estilos cognitivos disfuncionales.

Manejo de emociones y temas depresógenos.

Afrontamiento de problemas:

Planificación del afrontamiento.

Puesta en marcha.

Mejora de la competencia interpersonal:

Entrenamiento y ensayo de habilidades específicas.

Solución de problemas sociales.

Mejora del apoyo social.

Formato:

Importancia de una adecuada relación terapéutica.

Estructurado y directivo; firmeza y flexibilidad en el control de la terapia.

Orientado a objetivos.

Centrado en el aquí y ahora.

Duración breve y limitada.

paciente está presente en los tres tratamientos. Por último, los tres tratamientos se plantean la necesidad de promover la solución de los problemas, habitualmente interpersonales, que aquejan al paciente deprimido.

Sin duda las diferencias entre los tratamientos son también muchas: la actitud hacia el modelo biomédico y el rol de enfermo en la TIP, la consideración de lo intrapsíquico en la TCC, y un largo etcétera. No obstante, quizás las más marcadas lo sean en el nivel conceptual y filosófico que subyace al tratamiento y no tanto en los aspectos prácticos. Por ejemplo, la TIP hace énfasis en su foco en lo interpersonal como elemento diferencial respecto a la TCC (Klerman et al., 1984, p. 15; Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, p. 41), a pesar de lo cual acaba incluyendo el trabajo sobre cogniciones y conductas, por más que las conceptualice como síntomas y las sitúe en el marco de su atención a las relaciones humanas.

No se puede tampoco olvidar que las clasificaciones y asunciones sobre las terapias que enfatizan sus diferencias fallan muchas veces a la hora de capturar la esencia de un tratamiento. Así, cuando se achaca a la TCC un enfoque dirigido al cambio sintomático antes que a la aceptación de las emociones, como promueve la TIP (Follete y Greenberg, 2006), se olvida que la TCC no consiste en producir “pensamientos positivos” (Beck et al., 1979) y que también ha considerado la aceptación de la realidad y sus consecuencias como un resultado posible del debate cognitivo (Beck et al., 1985; Dozois y Beck, 2011).

Por lo tanto, puede hipotetizarse que la similar eficacia de estos tratamientos responde a las muchas similitudes entre ellos, que vendrían a señalar la presencia de principios de cambio comunes (Beutler y Castonguay, 2006). Estos principios podrían servir para informar y orientar las propuestas de tratamiento para la depresión. A pesar del carácter intuitivo de esta convergencia de principios terapéuticos, se ha de señalar que estas conclusiones no tienen un respaldo empírico similar al de los Tratamientos empíricamente apoyados en los que se fundamentan, aunque son unas guías a tener en cuenta (Beutler y Castonguay, 2006). Así, no

se pretende con esta síntesis de principios de cambio atribuir el éxito de los tratamientos a factores comunes e inespecíficos; antes bien, son principios contados y concretos los que se destacan, y no tienen porqué ser compartidos por otros tratamientos no recogidos aquí. Tampoco se aboga por un eclecticismo ateórico, que en último término vendría a anular cualquier posibilidad de evolución teórica y de nuevos avances, salvo por el ensayo y error (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Hemos de recordar también que los TEAs validan paquetes de tratamiento, no los principios por los que estos, hipotéticamente, operan; el hecho de aplicar con éxito una técnica conductual o cognitiva no presupone que el proceso por el que su efecto llega a producirse sea de una u otra naturaleza (Herbert y Forman, 2011). Discernir los procesos psicológicos que subyacen a las técnicas y los tratamientos es un empeño complejo, que precisa de metodologías experimentales específicas, como los ensayos de desmantelamiento, y que supone abordar directamente la contrastación de los aspectos nucleares de los diferentes paradigmas, e incluso confrontar los principios filosóficos que los animan.

3.2. Integración de la pericia clínica en el tratamiento de la depresión

La relación terapéutica es un activo de valor indiscutible para el desarrollo de cualquier tratamiento psicológico (Steering Committee, 2002), y la depresión no es una excepción (Castonguay et al., 2007). Aunque la naturaleza de la contribución de la relación terapéutica al resultado del tratamiento no está del todo clara, los tres TEAs identificados enfatizan la importancia de una relación terapéutica adecuada, que se base en la confianza. AC y TCC acuden de modo expreso a las cualidades Rogerianas de empatía, aceptación y genuinidad, mientras que la TIP promueve comportamientos similares desde un marco conceptual distinto. Por otro lado, la pericia clínica implica también la integración adecuada del juicio clínico y las habilidades cognitivas del terapeuta en el tratamiento del paciente. Estas habilidades,

lógicamente, no son independientes de la aproximación terapéutica empleada por el psicólogo responsable del caso, y deben fundamentarse en una evaluación adecuada.

3.2.1 La pericia clínica en la terapia de activación conductual de la depresión

De acuerdo con los autores de la AC (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010), la actitud del terapeuta a lo largo del tratamiento debe ser esencialmente cálida, genuina, objetiva y no enjuiciadora, colaboradora y reforzante de los logros y avances del paciente al tiempo que anima al paciente a mantener el foco en la activación conductual, es decir, en lo que puede hacer ante las situaciones que se discuten. La validación de las dificultades y síntomas experimentados por el paciente a la luz de su historia personal es también un recurso significativo.

Como apoyo al juicio clínico y marco conceptual de la terapia, se acude, como ya se ha señalado, al análisis funcional de la conducta. Es este un marco sólido, con una abundante literatura que lo respalda y una tradición que se remonta hasta los trabajos de Burrus F. Skinner (Dixon, Vogel, y Tarbox, 2012). Al mismo tiempo, el seguimiento de la actividad del pacientes es constante (Lejuez y Hopko, 2013) y se considera un principio estratégico de la terapia (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). Para ello, además de la monitorización, se recomienda el uso de herramientas como el BDI (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010, p.45), pero el énfasis en la medida y el apoyo al juicio clínico está menos desarrollado que en otros tratamientos.

3.2.2 La pericia clínica en la terapia cognitivo conductual de la depresión

Para el terapeuta cognitivo, se señalan como prerequisites a la realización de la terapia cognitiva un conocimiento profundo de la fenomenología de la depresión, del modelo cognitivo, y del manejo del suicidio, complicación letal por excelencia de la depresión (Beck et al., 1979). Más allá de esto, se indica al terapeuta cognitivo la importancia de la empatía, la

autenticidad y la aceptación incondicional del paciente, cualidades “Rogerianas” por excelencia. La relación terapéutica se valora como un activo fundamental del tratamiento, y se espera que esté fundada sobre la confianza mutua y la actitud de “empirismo colaborativo”, es decir, la colaboración mutua en un proceso de descubrimiento guiado para el paciente. En este proceso se emplean diversas habilidades terapéuticas, como el uso de las preguntas para elicitación de información y reflexiones, el recurso frecuente al resumen o la síntesis, o el empleo del humor.

En relación a las habilidades cognitivas y el juicio clínico, la terapia cognitiva ha desarrollado modelos específicos para la integración de la conducta y emociones con los PANs y los supuestos depresógenos del paciente (cfr. Beck et al., 1979, p. 230) y se dedica un capítulo entero del manual a exponer los criterios para detectar los síntomas objetivo. El desarrollo de herramientas de evaluación específicas para apoyar al juicio clínico es particularmente importante en la TCC, que ha aportado instrumentos como el BDI (Beck y Steer, 1993), la DAS (Weissman, 1979), la escala de ideación suicida (Beck, Steer, y Ranieri, 1988), o la escala de desesperanza (Beck, Weissman, Lester, y Trexler, 1974) entre otros. Su uso frecuente como apoyo al juicio clínico está expresamente recomendado (Beck et al., 1979) y este énfasis sitúa a la TCC en una posición privilegiada respecto a otros tratamientos en lo que a objetividad y sistematicidad de la medida se refiere.

Como ya se ha señalado, diversos estudios han señalado que la calidad de la aplicación de la TCC tiende a moderar sus resultados de modo significativo (DeRubeis et al., 2006; Jacobson y Hollon, 1996a), especialmente en situaciones de comorbilidad (Kuyken y Tsvirikos, 2009). Así, diversos autores han señalado cómo, de acuerdo a las indicaciones del propio Beck (Beck et al., 1979), la aplicación de la TCC requiere de un entrenamiento adecuado y una buena comprensión del modelo cognitivo de la depresión (Craighead et al., 2007; Follete y Greenberg, 2006). Esto resulta de especial trascendencia en lo que se refiere a la formulación

de casos desde el modelo cognitivo, donde la experiencia del terapeuta ha demostrado ser crucial en el momento en el que las hipótesis de trabajo se separan de lo descriptivo y se adentran en lo conceptual (Kuyken et al., 2005; Kuyken y Tsivrikos, 2009)

3.2.3 La pericia clínica en la terapia interpersonal de la depresión

En cuanto a la actitud del terapeuta en la TIP, las pautas dadas por los autores parecen planteadas para contradecir la actitud del terapeuta dinámico clásico. Así, se señala que el terapeuta no es neutral, sino que aboga por el paciente; que no es pasivo, sino activo; se explicita que la relación terapéutica no se analiza desde la lógica de la transferencia. En relación a este último punto se subraya que la relación terapéutica no es una de amistad, y se exponen los usos y los límites de la autorrevelación, una conducta que usada correctamente parece contribuir a la consolidación de la relación terapéutica con pacientes deprimidos, y que puede ofrecer beneficios (Castonguay et al., 2006, p. 75).

En relación a habilidades cognitivas, del juicio clínico y de la evaluación, la TIP se remite al diagnóstico de la depresión desde el modelo médico (Klerman et al., 1984) aunque se incluye una guía para elaborar un inventario interpersonal (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, pp. 77-78), una guía de evaluación (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, pp. 58-70) y criterios para definir el área problema principal del paciente (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013, pp. 78-80).

3.3 Integración de las características, preferencias y cultura del paciente en el tratamiento de la depresión

A la hora de considerar las características del paciente y su efecto sobre los resultados de los TEAs, diversas variables han recibido atención en la literatura, con resultados desiguales (Craighead et al., 2007; Beutler et al., 2006). La edad del paciente deprimido parece ser una

variable que modera el resultado de las intervenciones, con los pacientes experimentando menos mejoría a medida que envejecen (Dobson, 1989; Steinmetz, Lewinsohn, y Antonuccio, 1983). Por el contrario, el sexo del paciente, o el emparejamiento de sexos entre el paciente y el terapeuta, no han obtenido resultados significativos en magnitud o consistencia (Beutler et al., 2006). El bajo nivel socioeconómico se ha traducido en tasas de abandono superiores a las de los pacientes con nivel socioeconómico medio y alto (Sue y Lam, 2002). Se han encontrado también evidencias en relación a la severidad de la sintomatología, que indican que los pacientes más graves se benefician menos de la TCC y la TIP (Craighead et al., 2007; Hollon et al., 2005; Persons y Bostrom, 1999), no así de la AC (Dimidjian et al., 2006). Esto se ha visto asociado a la conclusión alcanzada en el estudio colaborativo del NIMH sobre el tratamiento de la depresión a propósito de la gravedad de los pacientes; en el estudio del NIMH, los pacientes más graves se beneficiaron más de la farmacoterapia que de la psicoterapia, por lo que se concluyó que la intervención psicológica debía restringirse a los pacientes menos graves. Diversos estudios han venido a contradecir esta conclusión (DeRubeis et al., 2006; Dimidjian et al., 2006; Hollon et al., 2005) señalando que la TCC, en particular ejecutada por terapeutas expertos, y la AC son tratamientos eficaces en los pacientes graves. En relación a los pacientes crónicos, con depresión de larga duración (más de dos años) o distimia, la evidencia señala que el beneficio que obtienen de los tratamientos es menor (Cuijpers et al., 2010; Hamilton y Dobson, 2002). Ante esto, se ha recomendado prolongar la duración de los tratamientos para los pacientes con depresiones más severas o más crónicas (Craighead et al., 2007).

Los trastornos de personalidad también se han relacionado con una peor respuesta a las intervenciones psicológicas (Beutler et al., 2006; Merrill, Tolbert, y Wade, 2003), aunque el efecto negativo de los trastornos de la personalidad sobre la TIP parece ser mayor al que se da en la TCC (Shea, Pilkonis, y Beckham, 1990). Por otro lado, algunos autores han señalado que la fiabilidad de determinados diagnósticos del Eje II del DSM puede estar comprometida en

presencia de una depresión de importancia significativa (Weissman, Markowitz y Klerman, 2013).

En relación a las preferencias y expectativas del paciente sobre el tratamiento, Beutler et al. (2006) concluyen que no existe investigación suficiente para valorar su efecto sobre el resultado del tratamiento.

La cultura y el origen étnico también han recibido cierta consideración, particularmente en Estados Unidos, un país, como es sabido, con gran diversidad racial y étnica. Las revisiones de Beutler et al. (2003) y Sue y Lam (2002) vienen a señalar cómo los pacientes con orígenes étnicos o raciales minoritarios tienden a beneficiarse en menor medida de la terapia psicológica. La homogeneidad racial y étnica entre paciente y terapeuta para amortiguar este efecto negativo, incrementando los resultados (Beutler et al., 2006).

Diversas adaptaciones se han propuesto para individualizar los tratamientos a características significativas de los pacientes; Beutler y colaboradores (1991) han señalado cómo los pacientes con un estilo externalizante se podrían beneficiar más de terapias directivas, centradas en la acción, frente a los pacientes introspectivos, internalizantes, que se beneficiarían más de terapias reflexivas. Algunos estudios (Craighead et al., 2007; Hamilton y Dobson, 2002) han venido a señalar cómo los pacientes se benefician más de la potenciación de los recursos que ya poseen que de los intentos de suplir sus déficits. Así, los pacientes con menor grado de cogniciones disfuncionales tienden a obtener mejores respuestas ante la TCC, mientras que los pacientes con buen nivel de funcionamiento social se benefician de modo favorable de la TIP (Sotsky, Glass, Shea, y Pilkonis, 1991).

No obstante todo lo anterior, lo cierto es que la búsqueda de variables moderadoras del efecto del tratamiento de la depresión ha arrojado muchos resultados inconsistentes (Hamilton y Dobson, 2002) y estamos lejos de disponer de adaptaciones empíricamente apoyadas para las características más estudiadas; aún no estamos en disposición de ofrecer tratamientos

eficaces a entre un 50 y un 30% de los pacientes aquejados de depresión (Craighead et al., 2006), o de explicar siquiera las razones por las que abandonan o no se benefician de las intervenciones. La investigación en este terreno debe continuar y considerar nuevas aproximaciones al problema.

Parte práctica

CAPÍTULO 4.

Objetivos e hipótesis.

“Minino de Cheshire, ¿podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir para salir de aquí?”
-Eso depende en gran parte del sitio al que quieras llegar -
dijo el Gato.
-No me importa mucho el sitio... -
dijo Alicia.
-Entonces tampoco importa mucho el camino que tomes -
dijo el Gato”

Lewis Carroll (“Alicia en el país de las maravillas”)

Tal y como se ha venido detallando en los capítulos anteriores, existe una variedad de intervenciones que han obtenido apoyo empírico para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Entre ellas, la terapia cognitivo conductual (TCC) para la depresión es la que dispone de un mayor volumen de estudios avalando su eficacia; esto se pone de manifiesto en el papel preeminente que tiene la TCC en las guías de práctica clínica españolas (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008) y extranjeras (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010). No obstante, existen razones para continuar defendiendo la necesidad de estudios e investigaciones al respecto.

En primer lugar, la investigación sobre la eficacia de la TCC para la depresión no responde de modo satisfactorio a la pregunta de “¿por qué funcionan las intervenciones psicológicas?”. Como ya se ha señalado, el trabajo de Jacobson y colaboradores (1996) vino a poner de manifiesto las dudas acerca de qué componentes de la TCC eran responsables de la eficacia de la intervención, y la línea de investigación sobre activación conductual seguida por Jacobson, y continuada por sus colaboradores tras su muerte (Martell, Addis y Jacobson, 2001), ha dado resultados fructíferos que pueden en muchos casos medirse con los de la TCC (Cuijpers et al., 2007). De modo similar, la terapia interpersonal de la depresión (Klerman, 1984) obtuvo resultados superiores a los de la TCC en el estudio clásico del NIMH (Elkin et al., 1989) – si bien este es un resultado que ha recibido muchas críticas (Hollon, Shelton, y Loosen, 1991; Jacobson y Hollon, 1996b; Klein, 1996). En este estado de las cosas, tiene pleno sentido seguir preguntándose cuáles son los elementos que explican la eficacia del tratamiento psicológico, y no de uno, sino de varios programas de intervención con diferente planteamiento teórico, y en diferentes medidas. La disquisición sobre la aportación de los componentes técnicos frente a los factores comunes e inespecíficos – *la hipótesis del pájaro dodo* – es perfectamente abordable, pero debe hacerse desde el estudio empírico. Autores como Alan Kazdin (Kazdin, 2008; Kazdin et al., 1986) han señalado repetidas veces la importancia de la medición de los mecanismos de cambio, los moderadores del resultado del tratamiento, y han propuesto

también que la práctica clínica asistencial puede contribuir de modo decisivo a este debate mediante la aplicación de protocolos de medida rigurosos y la explotación de las bases de datos que la propia actividad clínica produce. Por lo tanto, el contexto clínico asistencial puede hacer una aportación central a la tarea de identificar moderadores y predictores del éxito del tratamiento. Es así mismo de importancia desarrollar y afrontar el reto de la investigación desde y por la práctica clínica, como una vía para salvar la brecha entre ciencia y profesión (Borkovec, 2004).

En segundo lugar, y al hilo del papel de la práctica clínica asistencial en la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, cabe recordar de nuevo las objeciones que muchos autores han planteado a la generalización sin más de los resultados obtenidos en ensayos clínicos controlados a la práctica clínica asistencial (Kazdin et al., 1986; Seligman, 1995; Shadish, 1997; Weisz et al., 1995). La investigación de los resultados de los tratamientos psicológicos en contextos clínicos es un área fundamental, y la demostración de la generalizabilidad de las intervenciones psicológicas es un área de investigación que va produciendo resultados (Gibbons et al., 2010; Minami et al., 2009; Weersing, Iyengar, Kolko, Birmaher, y Brent, 2006) pero que precisa aún de más desarrollo (Bados López, García Grau, y Fusté Escolano, 2005). Particularmente importante para este debate es el carácter individualizado y autocorrectivo de la intervención psicológica en condiciones práctica clínica asistencial (Seligman, 1995); si bien existe un debate sobre la superioridad de las intervenciones manualizadas frente a las individualizadas (Emmelkamp, Bowman y Blaauw, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Jacobson y Christensen, 1989; Miller y Binder, 2002; Pérez et al., 2003; Schulte et al., 1992; Weisz et al., 1995), el hecho es que la intervención en condiciones asistenciales puede suponer un ejercicio de práctica clínica empíricamente apoyada (American Psychological Association, 2006; Levant y Hasan, 2008; Messer, 2004) antes que una aplicación directa de los tratamientos empíricamente apoyados. Por lo tanto, examinar los resultados de la práctica clínica basada en la evidencia, como una alternativa a

los tratamientos manualizados, es una tarea de interés y que por su naturaleza no estandarizada se presta mejor al estudio en condiciones de efectividad que a las más rígidas condiciones de los ensayos clínicos controlados. Adicionalmente, escasos estudios han desarrollado estos trabajos de efectividad con muestras españolas (Estupiñá y Labrador, 2013; Bados et al., 2005).

En tercer lugar, las tasas de abandono de los tratamientos psicológicos por terminación prematura de la intervención (Swift y Greenberg, 2012), tanto en la práctica clínica asistencial (Bados, Balaguer, y Saldaña, 2007) como en los ensayos clínicos controlados (Chambless y Ollendick, 2001), son significativamente elevadas, oscilando según estudios entre el 46,9% del meta-análisis de Wierzbicki y Pekarik (1993) y el 19,7% del meta-análisis de Swift y Greenberg (2012), lo que supone en cualquier caso un índice de fracaso inasumible para las intervenciones psicológicas en general, y para las intervenciones psicológicas sobre los trastornos depresivos en particular (Swift y Greenberg, 2014). Es evidente que para tener éxito las intervenciones deben desarrollar de modo completo y suficiente sus elementos activos, y que la terminación prematura del tratamiento impide o limita que este tenga sus efectos. El análisis de las causas del abandono, o al menos, del perfil de paciente que tiene más probabilidad de abandonar la intervención resulta de gran importancia para incrementar la efectividad y la eficiencia de los tratamientos psicológicos. Así mismo, existen datos que apuntan a una mayor tasa de abandono prematuro del tratamiento en los contextos clínicos que en los ensayos clínicos controlados, por lo que el análisis de esta cuestión es, en la línea con los puntos anteriores, de gran interés.

En cuarto lugar, cabe considerar el contexto de la atención a la salud mental en el estado Español, y el papel que la atención psicológica debe tener en el mismo. Como se ha señalado ya, los costes de la depresión son cuantiosos. Según la reciente estimación de Parés-Badell et al. (2014) el coste de los trastornos del estado de ánimo en España, por paciente, asciende a

3.584€ anuales, para un gasto total anual de unos 10.763.000.000€ en el conjunto de la sociedad, considerando costes sanitarios (E.g. medicación) y no sanitarios (E.g. cuidados informales) directos, y costes indirectos (E.g. pérdida de productividad laboral). Si bien el coste por paciente es modesto en comparación con otros trastornos, como las demencias o el cáncer, su elevada prevalencia sitúa a los trastornos del estado de ánimo como los segundos en coste para la sociedad española, inmediatamente detrás de las demencias. La consideración de los costes económicos de los tratamientos para la depresión es pues un asunto de enorme importancia económica. Por lo tanto, resulta relevante valorar los costes directos de la intervención psicológica desarrollada en este estudio y plantear su posible aportación a la contención del gasto sanitario.

Así pues, con este trabajo se pretende analizar la realidad asistencial en el caso de los trastornos depresivos, a partir de un estudio observacional mediante estrategias de descripción y comparación. De forma más específica, los objetivos del presente estudio se pueden resumir en:

- Describir las intervenciones psicológicas en el ámbito asistencial basadas en la evidencia para los trastornos depresivos, sus componentes y resultados.
- Contrastar la efectividad de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para los trastornos depresivos, en condiciones de práctica clínica asistencial, y compararla con los resultados obtenidos por los estudios de eficacia y efectividad publicados en la literatura.
- Detectar variables moderadoras de los resultados de la intervención considerando las características demográficas y clínicas del paciente y las de la intervención.
- Detectar variables predictoras de la terminación prematura de la intervención considerando las características demográficas y clínicas del paciente.

- Valorar los costes económicos directos de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para los trastornos depresivos en comparación con el tratamiento ofrecido en el Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO 5.

Método.

***“Ninguna investigación humana puede
ser denominada ciencia si no pasa a
través de pruebas matemáticas”
Leonardo da Vinci***

5.1 Diseño

Dado el carácter retrospectivo y archivístico del estudio que se presenta, este no está sujeto a manipulación experimental alguna, sino que recoge los resultados de intervenciones psicológicas ocurridas en el medio natural, seguidas de forma longitudinal. Por las mismas razones, y dado también el carácter clínico del centro, la muestra es de naturaleza propositiva y no es posible disponer de un grupo de control real. De acuerdo a la clasificación de Kazdin (1998), este trabajo constituye una investigación observacional, y un *diseño retrospectivo de control de casos*. Atendiendo a otras clasificaciones se puede considerar un *diseño descriptivo retrospectivo o de Tipo I* (Johnson, 2001), o bien un *diseño ex post facto, retrospectivo, de un solo grupo, de múltiples medidas (repetidas en la evaluación y el postratamiento)* (Montero y León, 2007). Es relevante señalar que, de acuerdo con los últimos autores citados, este es un diseño más débil que los diseños experimentales y cuasi - experimentales y que, por tanto, será preciso maximizar los controles estadísticos en el análisis de datos y aplicar prudencia a la interpretación de los resultados.

5.2 Participantes

Los casos empleados en el estudio fueron extraídos de los archivos de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Para ello se consideraron los casos atendidos en el centro entre el año 1999, fecha de inicio de su actividad, y el 11 de septiembre del año 2012, fecha que se consideró como tope a efectos de recolección de la muestra. En ese periodo de tiempo, en los archivos de la Clínica Universitaria de Psicología se registraron 2146 historias clínicas individuales, procedentes únicamente de la actividad clínica asistencial del centro, dado que las historias relacionadas con las diferentes actividades de naturaleza netamente investigadoras desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología se computan y almacenan de manera separada. De esos 2146 casos, fueron detectados 223 casos con

diagnósticos incluidos en el capítulo de Trastornos del estado de ánimo del DSM-IV-TR (2000). Estos casos fueron considerados candidatos potenciales a entrar en el estudio, y sobre ellos se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

5.2.1 Criterios de inclusión y de exclusión

Se definieron criterios de inclusión y de exclusión con el objetivo de seleccionar una muestra amplia de pacientes con un diagnóstico presente y activo en el momento de iniciar el tratamiento. Los diagnósticos seleccionados fueron los de trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo unipolar y la distimia. Fueron seleccionados únicamente aquellos casos cuyos diagnósticos ofrecieran un mínimo aceptable de fiabilidad para un trabajo de investigación, contexto en el que, como ya se ha señalado, se aplica una metodología diagnóstica diferente de la aplicada en un centro de naturaleza clínica asistencial, como es el caso del servicio en el que los datos fueron recogidos. En función de los objetivos del estudio, centrados en los resultados del tratamiento, se definieron además criterios de inclusión y de exclusión orientados a seleccionar pacientes que hubieran completado o terminado sus tratamientos. Por último, y de cara a minimizar los valores perdidos y las dificultades en la recogida de datos, se atendió a la accesibilidad y disponibilidad de una historia clínica completa para cada caso. De esta forma, los criterios de inclusión y de exclusión se operativizaron de la siguiente manera:

5.2.1.1 Criterios de inclusión.

Diagnóstico: Estar diagnosticado de un trastorno depresivo mayor, de episodio único (F32.X) o recidivante (F33.X), en gravedad leve (F3X.0), moderada (F3X.1) o grave sin síntomas psicóticos (F3X.2), como primer diagnóstico, o bien estar diagnosticado de distimia (F34.1), como primer diagnóstico.

Edad: Se consideraron únicamente los casos de adultos, entendida esta condición como tener al menos 18 años al inicio de la intervención, o cumplirlos durante el transcurso del tratamiento.

Estado del tratamiento: El tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM debía encontrarse finalizado en el momento de recoger los datos, bien como alta (pudiendo encontrarse el paciente en seguimiento), o bien como abandono. Para considerarse el tratamiento como prestado, debía haberse producido la aceptación del mismo, lo que se consideró cumplido si el tratamiento constaba de, por lo menos, una sesión de intervención después de la devolución de información. Dicho criterio pretende eliminar de la muestra a los casos en los que el motivo de abandono sea un rechazo al tratamiento propuesto por el psicólogo durante la devolución de información.

Variables y medidas: Se incluyeron únicamente historias en las que fuera posible acceder a la historia clínica completa y actualizada a niveles suficientes para obtener la información necesaria para el estudio. Es decir, disponer de medidas para todas las variables demográficas, clínicas y de tratamiento relevantes.

Apoyo adecuado al juicio clínico: El diagnóstico de trastorno del estado de ánimo recibido debía estar basado en una de las dos vías siguientes, tal y como se detalla en el apartado de instrumentos, más abajo:

- a) Diagnóstico codificado por el clínico, apoyado por una entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (SCID-I; First et al. 1996, 1999), con resultado positivo para el trastorno depresivo mayor o la distimia.
- b) Diagnóstico codificado por el clínico, apoyado en una puntuación del inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, et al., 2005), pretratamiento de, al menos, 25 puntos, correspondiente a una especificidad de 80,29 una sensibilidad de 73,53 y

un valor de *kappa* de 0,45. Dichos valores son aceptables según los estándares actuales para pruebas psicopatológicas clínicas (Sanz y García-Vera, 2013).

5.2.1.2 Criterios de exclusión.

Los siguientes criterios de exclusión fueron aplicados de forma sucesiva:

Diagnóstico: Con el fin de garantizar la presencia de un episodio depresivo unipolar activo, fueron descartados los casos diagnosticados de trastorno depresivo mayor, de episodio único o recidivante, codificado como en remisión (F32.4 y F33.4). De la misma forma, fueron excluidos los casos diagnosticados de episodios depresivos que se correspondieran con alguna forma de Trastorno Bipolar I o II (F31.X). Por último, fueron excluidos aquellos pacientes en los que el trastorno depresivo estuviera codificado como grave con síntomas psicóticos (F3X.3), debido a que las discrepancias y dificultades esperables en su tratamiento se consideraron poco representativas del tratamiento en contexto clínico de la depresión mayor. Por todos estos motivos fueron excluidos 39 casos en total.

Estado del tratamiento: Se excluyeron aquellos casos que continuaban en tratamiento en el momento de recogida de los datos del estudio, o que habían rechazado iniciar el mismo, no continuándolo tras la devolución de información y propuesta de tratamiento. Por estos motivos fueron rechazados 72 casos.

Edad: No se consideraron aquellos pacientes que tuvieran menos de 18 años cumplidos en el transcurso del tratamiento. Por este motivo fueron rechazados cuatro casos.

Variables y medidas: No poder acceder, dentro de la historia clínica, a informes y datos suficientes para contrastar la información del caso, o no disponer de medidas en las variables relevantes para el estudio, salvo aquellas variables para las que se hubiera definido una política de sustitución de valores perdidos, produjo, igualmente, la exclusión del caso. Por este motivo se excluyeron siete casos.

Ausencia de apoyo adecuado al juicio clínico: Aquellos casos en los que el diagnóstico viniera avalado únicamente por el juicio clínico del psicólogo responsable del caso, o por pruebas no concluyentes a nivel diagnóstico, fueron excluidos. Por este motivo fueron excluidos 12 casos.

Con los criterios de inclusión y de exclusión expuestos, se seleccionó una muestra incidental compuesta por 89 casos, cuyas características demográficas y clínicas pueden consultarse en las tablas 5.1 y 5.2, respectivamente.

Tabla 5.1

Características socio-demográficas de los pacientes incluidos en el estudio (N = 89)

Sexo	78,7% (n = 70) mujeres.
Edad	Media = 33,5 años. Dt = 12,6 años. Rango = 18 - 64 años.
Estado civil	67,4% (n = 60) solteros.
Situación laboral	37,1% (n = 33) estudiantes; 54,5% (n = 49) trabajadores en activo.
Nivel de estudios	47,4% (n = 42) estudios universitarios; 42,7% (n = 38) estudios secundarios.
Pertenencia a la UCM	64,0% (n = 57) alumnos, personal UCM, o familiares de primer grado.
Motivo de consulta	57,3% (n = 51) bajo estado de ánimo.
Fuente de remisión	69,7% (n = 62) remitidos por personal de la UCM o estudiantes.

Tabla 5.2

Características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (N = 89)

Diagnósticos principales	46,1% TDM episodio único (n = 41); 34,8% TDM recidivante (n = 31); 19,1% Distimia (n = 17).
Comorbilidad	32,6% (n = 29) al menos un diagnóstico comórbido.
Diagnósticos secundarios *	15,7% Trastornos de ansiedad (n = 14). 10,1% Trastornos de la personalidad (n = 10). 8,9% Otros Problemas (n = 8).
Puntuación EEAG	Media = 58,2 puntos (síntomas moderados); Dt = 8,6 puntos. Rango = 33 – 80 puntos.
Duración del problema	13,5% no sabe precisarlo o “desde siempre” (n = 12); 86,5% restante (n = 77). Media = 30,9 meses. Dt = 35,9 meses. Rango = 1 – 156 meses.
Historia de tratamientos anteriores *	56,2% recibieron tratamientos anteriores (n = 50); 31,5% tratamiento farmacológico (n = 28). 39,3% tratamiento psicológico (n = 35).
Antecedentes familiares de depresión	57,3% refiere antecedentes familiares (n = 51); 39,3% refiere antecedentes maternos (n = 35).
Prescripción actual de fármacos *	51,7% no recibe medicación (n = 46); 39,3% toma antidepresivos (n = 35). 30,3% toma ansiolíticos (n = 27). 24,7% toma varios fármacos (n = 22).

* Existe solapamiento entre estas categorías, al haber pacientes que se encuentran simultáneamente en varias de ellas.

5.3 Procedimiento

Los casos incluidos en la muestra fueron examinados detalladamente a partir de las bases de datos digitales del centro y de la historia clínica física consignada por el terapeuta con las pruebas, informes, tareas, notas y diarios de sesiones del caso.

Los datos relevantes fueron consignados en una base de datos desarrollada ad hoc con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Mac OS-X. En todo momento se procedió a consignar los valores encontrados en la documentación física y digital, evitándose en la medida de lo posible interpretaciones y valoraciones a posteriori acerca de los valores de las variables empleadas en el estudio. No obstante, se asignó valor a determinadas variables no codificadas por el terapeuta cuando se encontró evidencia clara e inequívoca en la historia de su valor (por ejemplo, referencias en la historia clínica al estado civil del paciente cuando esta variable no hubiera sido codificada por el terapeuta).

5.4 Características del centro

La Clínica Universitaria de Psicología es un centro sin ánimo de lucro de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) adscrito a la Facultad de Psicología, creado por la UCM para el apoyo a la docencia y a la investigación, y cuyo objeto es proporcionar a la Facultad de Psicología una estructura donde llevar a cabo actividades de carácter clínico. El organigrama de la Clínica contempla, bajo la Dirección de la Clínica, una Dirección asistencial, una Dirección docente y una Dirección investigadora. Bajo la Dirección asistencial se encuentran el equipo de supervisores y los becarios residentes. Hasta la fecha, más de 35 profesionales – profesores vinculados al área de conocimiento de personalidad, evaluación y tratamiento, psicólogos en práctica privada o en el sistema público de salud y de reconocido prestigio, y personal propio del centro - han actuado como supervisores de casos en la Clínica Universitaria de Psicología,

supervisando la actuación de los psicólogos del centro en los casos que les fueran asignados por la Directora. Del mismo modo, hasta la fecha de recogida de los datos, 65 psicólogos han disfrutado de beca – residencia en la Clínica Universitaria de Psicología, de dos años de duración. Adicionalmente, la Clínica cuenta con un Consejo Asesor Institucional, compuesto por el Decano o Decana de la Facultad de Psicología y 14 profesores titulares y catedráticos de la Facultad de Psicología.

De acuerdo con sus estatutos, los objetivos de la Clínica Universitaria de Psicología son los siguientes:

- Proporcionar a los alumnos de Psicología de la UCM un adiestramiento clínico especializado en las áreas de la Psicología Clínica y de la Salud realizado bajo la adecuada supervisión.
- Ayudar a mejorar la calidad de la enseñanza clínica que reciben los alumnos de Psicología de la UCM.
- Facilitar el desarrollo de proyectos sólidos de investigación en las áreas de la Psicología Clínica y de la Salud.
- Proporcionar formación continuada al profesorado, facilitando el desarrollo y perfeccionamiento de nuevas técnicas en los campos de la Psicología Clínica y de la Salud.
- Ser centro de referencia en el área de la Psicología Clínica y de la Salud para la formación continuada de profesionales.
- Prestar unos servicios psicológicos asistenciales continuados de calidad, eficaces y eficientes.

La Clínica está especializada en la prevención y el tratamiento de los trastornos psicológicos, para lo que cuenta con un equipo de psicólogos que trabaja en colaboración con los profesores de la Universidad y con profesionales de reconocido prestigio en los ámbitos de la Psicología Clínica, la Psicología de la Salud, la Psiquiatría y otras ramas de la Psicología y la Medicina, así como personal de servicios administrativos. La Clínica dispone de instalaciones en el Edificio 6 de la Facultad de Ciencias Económicas y empresariales de la Universidad Complutense de Madrid, consistentes en una decena de despachos individuales, dos salas de grupo, dependencias administrativas y sala de espera.

La Clínica Universitaria de Psicología está reconocida como centro sanitario por la Comunidad Autónoma de Madrid (CS 1334), figura como grupo de investigación especializado en el Catálogo de Oferta Científico-Tecnológica de la UCM y es centro colaborador del *Practicum* para los alumnos de 5º curso de la especialidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Licenciatura de Psicología de la UCM y 4º curso del itinerario de Psicología Clínica y de la Salud del Grado en Psicología de la UCM. Del mismo modo, la Clínica se incorporó en el curso 2013 / 2014 a la oferta de plazas prácticas para el Máster Oficial en Psicología General Sanitaria, de reciente creación. La Clínica fue inaugurada el 7 de mayo de 1999 como Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, abriendo sus puertas al público el 1 de junio de ese mismo año. El 5 de febrero de 2008, el Consejo de Gobierno de la UCM aprobó el cambio de denominación de la Unidad por el de Clínica Universitaria de Psicología. (Clínica Universitaria de Psicología, 1999, 2008).

5.5 Terapeutas

La Clínica cuenta en todo momento con un equipo de profesionales de la psicología, Licenciados en Psicología por diversas universidades españolas, como la Universidad

Complutense de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid, La Universidad de Salamanca o la Universidad de Sevilla.

Dichos terapeutas están en posesión, adicionalmente, de al menos un título de postgrado a nivel de Magister que acredite su especialización en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos, siendo el más habitual el Magister en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid. Así mismo, el currículum de los profesionales de la psicología del centro cuenta con un amplio número de cursos y talleres formativos, muchos de ellos impartidos desde la propia Clínica por profesores de la Universidad y otros profesionales de la psicología clínica. La formación de los terapeutas es esencialmente de corte cognitivo – conductual y enfatiza la práctica clínica basada en la evidencia.

Dado que el presente estudio ha partido del análisis de historias clínicas de pacientes ya tratados, no ha habido lugar a ninguna manipulación experimental ni a modificaciones del procedimiento habitualmente seguido por el centro, tal y como se describe en el Anexo I. Del mismo modo, no ha sido posible emplear otras medidas, ni elegir otras intervenciones que las ya recogidas en las historias. No obstante, y dado el amplio periodo de tiempo cubierto por los archivos del centro (1999-2012 en el momento de la recogida de datos), resulta inevitable que el protocolo de actuación de la Clínica Universitaria de Psicología haya evolucionado y variado a lo largo del tiempo. Esto se ha debido a las variaciones en su personal, estructura y sistema de supervisión, por un lado, y a necesidades relacionadas con proyectos de investigación en los que la Clínica Universitaria de Psicología ha participado en cumplimiento de sus objetivos fundacionales, por otro. Ejemplos de estos proyectos que han tenido repercusión en los datos disponibles para este estudio han sido: la participación del centro en la validación del BDI-II (Sanz et al., 2005; Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003), los estudios sobre fiabilidad diagnóstica del BDI-II (Sanz y García-Vera, 2013) y de la escala de

Trastorno Depresivo Mayor del MCMI-III (Chacón, 2013), o la colaboración con el grupo de investigación dirigido por el Prof. Dr. D. Carmelo Vázquez.

Desde el año 2007 y hasta la fecha en la que los datos de la muestra fueron recogidos, dos de los psicólogos ocuparon plaza de personal contratado de la Universidad Complutense de Madrid ejerciendo funciones de supervisión y coordinación sobre los becarios residentes. Este sistema de becas y los requisitos establecidos para el acceso a las mismas suponen que existe una rotación periódica de los terapeutas de la Clínica, y define un perfil claro de los psicólogos que atienden la Clínica, con edades comprendidas, habitualmente, entre los 24 y los 27 años y contando con entre uno y tres años de experiencia clínica supervisada en el momento de incorporarse al equipo clínico, de los que hasta dos años se deben a la práctica realizada en el postgrado. Las características de los terapeutas que participaron en el estudio pueden consultarse en la tabla 5.3.

Tabla 5.3

Características de los terapeutas responsables de la aplicación del tratamiento (N = 40)

Sexo	65,0% mujeres (n = 26), atienden el 65,2% de los casos (n = 58).
Carga de casos en el presente estudio	Mediana = 2 casos de depresión; Rango = 1 - 6 casos.
Edad al ingreso en el centro	Media = 25,45 años; Dt = 1,0 años
Tipo de intervención	Cognitivo – Conductual basada en Tratamientos Empíricamente Apoyados, individualizada y autocorrectiva.
Formación Clínica	Media = 7,0 años de formación; Dt = 0,2 años.
Supervisión, controles y dedicación laboral	Acceso a supervisión de los casos en evaluación, tratamiento y alta. Dedicación laboral plena.
Derivaciones *	12 casos pasan por derivaciones a otros terapeutas.

* Los terapeutas de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM disfrutan una beca por un periodo de dos años, y al finalizar su estancia deben derivar sus casos a otros terapeutas.

El procedimiento de evaluación y tratamiento de casos en la Clínica Universitaria de Psicología puede consultarse en el Anexo I.

5.6 Consideraciones éticas.

En el momento de iniciar tratamiento, los pacientes son informados de los derechos y deberes que les asisten en la relación terapéutica; entre ellos se hace explícito que la Clínica tiene una finalidad no sólo asistencial, sino también docente e investigadora, lo que se pone de manifiesto en el acceso a las sesiones de alumnos de *Practicum*, y en la recogida de datos con fines de investigación. En todo momento se garantiza a los pacientes completo anonimato y confidencialidad en el empleo de las bases de datos de investigación, así como el ejercicio de los derechos que les asisten de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, de 14 de diciembre de 1999.

Adicionalmente, la Dirección de la Clínica y la Dirección de investigación aprueban y supervisan las investigaciones propuestas, asegurándose de que cumplen unos adecuados estándares éticos en el tratamiento de los datos y los pacientes que pudieran ser sujetos de investigación. Del mismo modo, el presente trabajo ha sido sometido a su aprobación, y en su elaboración no se han manejado datos personales que permitieran identificar a los sujetos del estudio.

5.7 Variables e instrumentos

5.7.1 Instrumentos

5.7.1.1 Inventario de Depresión de Beck, revisado (BDI-II).

El BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) es un instrumento de auto informe diseñado para valorar la intensidad de la sintomatología depresiva en un periodo de dos semanas, incluyendo el día

en el que se completa. Cuenta con 21 elementos, que se valoran con entre 0 y 3 puntos, resultando el rango de puntuaciones de la prueba entre 0 y 63 puntos. La prueba está adaptada al castellano y validada para población española, tanto clínica como no clínica, (Sanz et al., 2003; 2005), obteniendo unos índices psicométricos adecuados en todos los casos, con $\alpha = 0,89$ en población clínica. El BDI-II es uno de los cuestionarios más empleados en investigación así como en la práctica clínica y los psicólogos españoles lo consideran la quinta prueba más empleada en su práctica diaria (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Su uso fundamental es la valoración de la sintomatología depresiva, a pesar de que su diseño no responde a una finalidad diagnóstica (Beck et al, 1961). No obstante, Sanz y García-Vera (2013) han puesto de manifiesto el adecuado rendimiento diagnóstico del BDI-II en pacientes clínicos cuando se emplean determinados puntos de corte (25 ó 30 puntos), obteniéndose una especificidad, sensibilidad y rendimiento diagnóstico *“aceptables según los estándares actuales para pruebas psicopatológicas clínicas”* (Sanz y García-Vera, 2013, p. 73). Los puntos de corte recomendados por los autores de la prueba son hasta 13 puntos para sintomatología depresiva mínima, entre 14 y 19 para sintomatología depresiva leve, entre 20 y 28 para sintomatología depresiva moderada y entre 29 y 63 sintomatología depresiva grave (Beck et al., 1996). Estos puntos de corte han sido validados empíricamente con población española (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2014)

Con el fin de asegurar la calidad de la aplicación del BDI-II en la muestra de este estudio se codificaron las respuestas de los pacientes a la prueba elemento por elemento y se calculó la fiabilidad de la prueba mediante consistencia interna. El estadístico α de Cronbach (Cronbach, 1951) obtuvo un valor de 0,84, lo que indica una fiabilidad adecuada (Streiner, 2003).

5.7.1.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El BAI (Beck y Steer, 1990) es un instrumento de auto informe diseñado para valorar la intensidad de la sintomatología ansiosa en un periodo de una semana, incluyendo el día en el

que se completa. Cuenta con 21 elementos, que se valoran con entre 0 y 3 puntos, resultando el rango de puntuaciones de la prueba entre 0 y 63 puntos. La prueba está adaptada al castellano y validada para población española, tanto clínica como no clínica, (Beck y Steer, 2011; Magán, Sanz y García-Vera, 2008; Sanz, García-Vera y Fortún, 2012; Sanz y Navarro, 2003), obteniendo unos índices psicométricos adecuados en todos los casos, con $\alpha = 0,90$ para población clínica. El BAI es el instrumento más empleado en la actualidad para la valoración de la ansiedad en contextos de investigación (Piotrowski y Gallant, 2009), así como en la práctica clínica de nuestro país (Sanz, 2014). Recientemente, se ha analizado el rendimiento diagnóstico de la prueba, para los trastornos de ansiedad en su conjunto, en población no clínica española, obteniéndose una especificidad de 96,5 con un punto de corte de 19 puntos; esto lleva a pensar que el BAI puede actuar de modo excelente como ayuda diagnóstica para los trastornos de ansiedad, si bien el autor de este estudio nos recuerda las cautelas a tener con puntos de corte basados en población no clínica (Sanz, 2014). Adicionalmente, el BAI discrimina entre ansiedad y depresión mejor que otros instrumentos orientados a la medición de la sintomatología ansiosa (Sanz, 2014). Los puntos de corte recomendados por los autores de la prueba son hasta 7 puntos para sintomatología ansiosa mínima, entre 8 y 15 para sintomatología ansiosa leve, entre 16 y 25 para sintomatología ansiosa moderada y entre 26 y 63 sintomatología ansiosa grave (Beck y Steer, 1993). Estos puntos de corte no se basan en estudios empíricos, por lo que deben usarse con cautela (Sanz, 2014).

Con el fin de asegurar la calidad de la aplicación del BAI en la muestra de este estudio se codificaron las respuestas de los pacientes a la prueba elemento por elemento y se calculó la fiabilidad de la prueba mediante consistencia interna. El estadístico α de Cronbach (Cronbach, 1951) obtuvo un valor de 0,86, considerado adecuado (Streiner, 2003).

5.7.1.3 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI).

El MCMI, en sus diferentes versiones, (Millon, 1987, 1998; y Millon, 1994, 2007) es uno de los cinco cuestionarios más empleados en la práctica clínica en nuestro país (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Se trata de un autoinforme destinado a la evaluación de un amplio número de trastornos. Está compuesto por 175 afirmaciones a las que el paciente debe responder con “verdadero” o “falso”, según entienda que le resultan de aplicación o no, sin que la prueba se refiera a un periodo concreto. Las puntuaciones se expresan en valores de “Tasa Base” (TB), una propuesta de tipificación de las puntuaciones que pretende tener en cuenta la prevalencia de los trastornos en la población de referencia, considerándose significativas las puntuaciones de TB iguales o mayores a 75; este sistema de valoración hace del MCMI una prueba sofisticada y compleja, que exige una corrección automatizada. Existe adaptación y validación española para las versiones II (Millon, 2002) y III (Millon et al., 2007), habiéndose empleado ambas en la Clínica Universitaria de Psicología. En ambas versiones, el MCMI ofrece un perfil en el que se distinguen por un lado los patrones clínicos de personalidad, como esquizoide, histriónico o narcisista, y por otro los síndromes clínicos, como trastorno de ansiedad, neurosis depresiva o distimia. Además incluye diversas escalas de control de la sinceridad, deseabilidad social y devaluación, para un total de 22 escalas clínicas en el MCMI-II y 24 en el MCMI-III. Las escalas de depresión mayor y distimia, consideradas en el presente trabajo, están compuestas por 31 y 36 elementos respectivamente, en el MCMI-II, y por 17 y 14 respectivamente, en el MCMI-III, y disponen de una adecuada fiabilidad. Adicionalmente, el MCMI-II ofrece una sensibilidad de 0,81 y una especificidad de 0,83 para el diagnóstico de la distimia; y una sensibilidad de 0,68 y una especificidad de 0,96 en el diagnóstico de la depresión mayor para una puntuación TB de 75 (Millon, 2002); en el caso del MCMI-III, estos valores son de una sensibilidad de 36,7 y una especificidad 58,8 para la distimia, y de una sensibilidad de 56,6 y una especificidad de 73,0 para la depresión mayor (Millon, 1994; Rezlaff, 1996). La validez de contenido, validez diagnóstica y baremos han sido objeto de escrutinio y críticas (Chacón,

2013; Hsu, 2005), por lo que su interpretación debe ser cautelosa y no considerarse un criterio diagnóstico único.

5.7.1.4 Cuestionario de 90 síntomas. (SCL-90-R).

El cuestionario de 90 síntomas, o SCL-90-R (Derogatis, 1983, 2002), es un inventario autoaplicado que valora la presencia de 90 síntomas, que arrojan a su vez una valoración del paciente en nueve dimensiones sintomáticas y tres índices globales de malestar, que se expresan en centiles y puntuaciones T. Dichas puntuaciones no tienen pretensiones diagnósticas y, la prueba está concebida para cuantificar el malestar subjetivo. El periodo temporal al que se refiere el SCL-90-R es el de la semana anterior a la cumplimentación del inventario. La prueba dispone de una adaptación española a cargo de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido (2002), gracias a la cual existen baremos para la población no clínica de ambos sexos, población psiquiátrica (interna y de régimen ambulatorio) de ambos sexos y pacientes de disfunción temporo – mandibular. El SCL-90-R ha recibido diversas críticas ante la dificultad para replicar su estructura factorial, por lo que la interpretación basada en las dimensiones clínicas ha sido desaconsejada por algunos autores, tomándose la prueba como una medida de malestar emocional o psicopatología global (Bados, Balaguer y Coronas, 2005). En el presente trabajo se recogieron, atendiendo a estas consideraciones, las puntuaciones T de la escala de Depresión, pero también las del Índice de Severidad Global e Índice de Malestar Referido a Sintomatología Positiva. La escala de Depresión, en la validación española de la prueba, obtuvo una fiabilidad mediante α de Cronbach de 0,89.

Los datos referidos a las características del proceso de evaluación de los casos considerados en el estudio, y los resultados en los de los cuestionarios protocolarizados se detallan en la tablas 5.4 y 5.5.

Tabla 5.4

Características del proceso de evaluación de los pacientes incluidos en el estudio (N = 89)

Nº de sesiones de evaluación	Mediana = 4 sesiones; Media = 3,9 sesiones ; Dt = 1,2 sesiones.
Uso de entrevistas estructuradas	42,7% (n = 38).
Uso de auto registros	97,8% (n = 87).
Uso de cuestionarios	100% (n = 89).
	Mediana = 4 cuestionarios; Media = 4,1 cuestionarios ; Dt = 1,9 cuestionarios.
Otros cuestionarios empleados a discreción del psicólogo responsable del caso *	<p>Escala de autoestima de Rosenberg (n = 11).</p> <p>STAI (n = 9).</p> <p>PSWQ (n = 2) .</p> <p>ISRA (n =1).</p> <p>Escala de adaptación (n = 1).</p> <p>HAD-A (n = 1).</p>

* Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Vázquez Morejón, Jiménez y Vázquez-Morejón Jiménez, 2004); STAI: Inventario estado – rasgo de ansiedad (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 2008); PSWQ: Inventario de preocupación del Estado de Pensilvania (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009); ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1999); Escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987) ; HAD-A: forma A de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983; Tejero, Guimerá y Farré, 1986).

Tabla 5.5

Puntuaciones medias de los pacientes incluidos en el estudio en las pruebas psicométricas más administradas (N = 89)

BDI-II (n = 89) *	Media = 33,0 puntos (positivo para trastorno depresivo; sintomatología depresiva grave); Dt = 8,7.
BAI (n = 53) ⁺	Media = 20,4 puntos (positivo para trastorno de ansiedad; sintomatología ansiosa moderada); Dt = 10,1.
SCL-90-R (n = 60) ⁺	
Trastorno depresivo mayor	Media = 2,3 puntos (positivo para trastorno depresivo mayor); Dt = 0,7.
Índice de severidad global	Media = 1,4 puntos; Dt = 0,6.
Malestar referido a sintomatología positiva	Media = 2,1 puntos; Dt = 0,4.
MCMI - escala Trastorno depresivo mayor (n = 60) ⁺	
MCMI-II (n = 20)	Media = 77,2 puntos (positivo para trastorno depresivo mayor, TB 75); Dt = 25,1.
MCMI-III (n = 40)	Media = 65,7 puntos (positivo para trastorno depresivo mayor, TB 65); Dt = 18,5.

BDI-II: Inventario de depresión de Beck, revisado (Beck, Steer y Brown, 1996). BAI: inventario de ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1990). MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon, versiones II y III (Millon, 1987, 1998; y Millon, 1994, 2007). SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 1983, 2002).

** En 9 casos (un 10,0%) las puntuaciones fueron convertidas a partir de puntuaciones del BDI-IA siguiendo el criterio expuesto en Beck (2011).*

+ No todos los pacientes cumplieron todos los cuestionarios, con la excepción del BDI-II.

5.7.2 Variables criterio o dependientes.

5.7.2.1 Resultado del tratamiento.

El resultado del tratamiento se operativizó como una variable dicotómica con los valores “alta” y “abandono”, de acuerdo con la terminología empleada en el protocolo de la Clínica Universitaria de Psicología. De acuerdo a este protocolo, se consideró alta a los casos que terminaron su tratamiento habiéndose alcanzado todos los objetivos propuestos por paciente y terapeuta. Se consideró abandono la terminación prematura del tratamiento, una vez iniciado y antes de haber obtenido los resultados terapéuticos, a juicio del terapeuta (Johnson, 2001; Montero y León, 2007; Pekarik, 1985; Sanz et al., 2005; Swift y Greenberg, 2012, 2014). Se recogió la codificación de los casos por los terapeutas responsables de los mismos en la base de datos del centro.

5.7.2.2 Puntuación BDI-II postratamiento.

Se recogió directamente la puntuación del cuestionario BDI-II consignado como medida postratamiento en la historia clínica del caso. Se aplicó el procedimiento de sustitución de valores perdidos definido en el apartado correspondiente de este capítulo. Se recogieron también las medidas en las sucesivas sesiones de seguimiento que estuvieran disponibles.

5.7.2.3 Puntuación BAI postratamiento.

Se recogió directamente la puntuación del cuestionario BAI consignado como medida postratamiento en la historia clínica del caso. Se aplicó el procedimiento de sustitución de valores perdidos definida en el apartado correspondiente de este capítulo. Se recogieron también las medidas en las sucesivas sesiones de seguimiento que estuvieran disponibles.

5.7.3 Variables predictoras o independientes

5.7.3.1 Variables clínicas.

Práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de los trastornos depresivos

Diagnóstico principal: Se consideró el diagnóstico principal de acuerdo a criterios DSM-IV-TR, recogido por el terapeuta en la historia clínica del caso al finalizar el proceso de evaluación.

Diagnóstico secundario: Se consideró el primer diagnóstico comórbido al diagnóstico principal, de acuerdo a criterios DSM-IV-TR, recogido por el terapeuta en la historia clínica del caso al finalizar el proceso de evaluación, en caso de que lo hubiera.

Diagnóstico terciario: Se consideró el segundo diagnóstico comórbido al diagnóstico principal, de acuerdo a criterios DSM-IV-TR, recogido por el terapeuta en la historia clínica del caso al finalizar el proceso de evaluación, en caso de que lo hubiera.

Puntuación EEAG: Se consideró la puntuación en la escala EEAG del DSM-IV-TR codificada por el terapeuta en la historia clínica del caso al finalizar el proceso de evaluación. Se aplicó procedimiento de sustitución de valores perdidos definida en el apartado correspondiente de este capítulo.

Comorbilidad: Se codificó el número de diagnósticos comórbidos asignados al caso al final del proceso de evaluación (0, 1 ó 2)

Diagnóstico de trastorno de la personalidad: Se codificó como una variable dicotómica con el valor 1 en caso de que alguno de los diagnósticos comórbidos se correspondiera con un trastorno de la personalidad, y 0 en caso contrario.

Diagnóstico de trastorno de ansiedad: Se codificó como una variable dicotómica con el valor 1 en caso de que alguno de los diagnósticos comórbidos se correspondiera con un trastorno de la ansiedad, y 0 en caso contrario.

Tipo de episodio depresivo: Se codificó el tipo de episodio depresivo, según fuera un episodio único, un episodio recidivante o un trastorno distímico.

Duración del problema motivo de consulta: Se codificó la duración del episodio actual en meses, a partir de la estimación del paciente sobre el inicio de la sintomatología. En aquellos casos en los que el paciente informaba experimentar los síntomas “de toda la vida” se codificaba el valor 0, que no era tenido en cuenta en los cálculos de estadísticos descriptivos para esta variable. En aquellos casos en los que el paciente fue simplemente incapaz de precisar la información solicitada, o no se encontraba disponible en la historia clínica, se codificó como valor perdido.

Historia de tratamientos anteriores:

Tratamientos psicológicos: Se codificó el número de tratamientos psicológicos anteriores al recibido en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, con independencia de su tipo.

Tratamientos farmacológicos: Se codificó el número de tratamientos psicofarmacológicos anteriores, con independencia de su tipo. En el caso de que el paciente estuviera en tratamiento psicofarmacológico en el momento de acudir a la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, se incluyó este tratamiento en el computo de tratamientos anteriores.

Farmacoterapia coadyuvante:

Uso de antidepresivos: Se codificó como variable dicotómica si, en el momento de recibir el tratamiento, el paciente tenía prescrita una pauta de medicación antidepresiva.

Uso de ansiolíticos: Se codificó como variable dicotómica si, en el momento de recibir el tratamiento, el paciente tenía prescrita una pauta de medicación ansiolítica.

Uso de otros psicofármacos: Se codificó como variable dicotómica si, en el momento de recibir el tratamiento, el paciente tenía prescrita una pauta de medicación psicoactiva distinta de ansiolíticos y antidepresivos (por ejemplo, antipsicóticos, anticonvulsivantes...).

Número de fármacos: Se codificó como variable cuantitativa el número total de psicofármacos consumidos por el paciente en el momento de la evaluación.

Antecedentes familiares de depresión: Se codificó como variable dicotómica la existencia de antecedentes familiares de depresión, informados por el paciente. Adicionalmente, se recogió en una segunda variable el familiar más cercano afectado de depresión, dando preferencia a la persona con ascendencia más directa (la madre antes que el padre, los padres antes que los hermanos, los hermanos antes que otros familiares consanguíneos).

5.7.3.2 Variables del terapeuta.

Sexo del terapeuta: se codificó el sexo del terapeuta como hombre o mujer.

Concordancia entre el sexo del paciente y el sexo del terapeuta: se codificó la concordancia entre el sexo del terapeuta y el del paciente como concordante o no concordante.

5.7.4 Variables de control

5.7.4.1 Variables demográficas del paciente.

Edad del paciente al inicio del tratamiento: Se codificó la edad del paciente, expresada en años, al inicio del proceso de evaluación.

Sexo: Se codificó el sexo del paciente como hombre o mujer.

Estado civil: Se codificó el estado civil del paciente en el momento de iniciar el tratamiento, de acuerdo con la siguiente clasificación: soltero, casado, pareja de hecho, separado, divorciado o viudo.

Nivel educativo: Se codificó el nivel educativo del paciente en el momento de iniciar el tratamiento de acuerdo a la siguiente clasificación: sin estudios, primarios no acabados, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios medios, estudios superiores.

Motivo de consulta principal: Se codificó el motivo de consulta formulado por el paciente al solicitar atención. Dicho motivo de consulta se recogió por escrito en la hoja inicial de datos y se categorizó posteriormente por el psicólogo responsable del caso. La clasificación de motivos de consulta estaba basada en los diferentes capítulos de la clasificación DSM – IV y comprende las siguientes alternativas: motivo de consulta no definido, problemas de inicio en la infancia, trastornos cognoscitivos, trastornos mentales debidos a enfermedad médica, trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos sexuales y de la identidad sexual, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastornos del control de los impulsos, trastornos adaptativos, trastornos de la personalidad, otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

Fuente que remite al paciente: El protocolo de primer contacto con los pacientes contempla indagar por la fuente que ha remitido al paciente a la Clínica. Dicha información se recogió en la base de datos de acuerdo a la siguiente clasificación: fuente de remisión desconocida, hospitales, centros de salud, centros de atención especializada, consultas privadas de medicina de familia, consultas privadas de atención especializada, consultas privadas de psiquiatría, consultas privadas de psicología, centros escolares, prensa o publicidad, personal de la UCM o estudiantes, información de otros pacientes, y otras fuentes.

Pertenencia a la comunidad universitaria: Se codificó en una variable dicotómica si los pacientes pertenecían a la comunidad universitaria (siendo personal docente o investigador, personal de administración y servicios, estudiantes, o familiares de primer grado de cualquiera de los anteriores) o a la población general. La comunidad universitaria disponía, en el momento de realizar el estudio, de precios reducidos para acceder a la intervención psicológica.

5.7.4.2 Variables del terapeuta.

Carga de casos del terapeuta en el estudio: Se contabilizó en una variable numérica el número de casos del presente estudio que habían sido atendidos por el mismo terapeuta.

5.7.4.3 Variables de la evaluación.

Número de sesiones de evaluación: Se codificó en una variable cuantitativa el número de sesiones de evaluación realizadas por el psicólogo para el caso, hasta producirse la devolución de información.

Empleo de autorregistros en la evaluación: Se codificó en esta variable dicotómica si el psicólogo había empleado o no autorregistros durante el proceso de evaluación, como por ejemplo, diarios de actividad, ABC cognitivo, etc. No se realizó distinción entre el tipo de registro dada la elevada variabilidad e individualización de esta clase de herramienta.

Número de cuestionarios empleados en la evaluación: Se codificó en una variable cuantitativa el número total de cuestionarios, inventarios y escalas que el psicólogo empleara durante el proceso de evaluación.

Diagnóstico mediante módulo de trastornos del estado de ánimo de la SCID-I: Puesto que los criterios de inclusión del estudio preveían el establecimiento del diagnóstico mediante entrevista SCID-I o mediante diagnóstico del psicólogo apoyado por una puntuación en el BDI-II de al menos 25 puntos, se consignó en esta variable dicotómica la vía por la que se había considerado establecido el diagnóstico para cada paciente.

5.7.4.4 Variables del tratamiento.

Uso de técnicas: Se recabó a partir de las historias clínicas de los casos el tipo de técnicas empleadas a lo largo del tratamiento por el psicólogo responsable del caso. La técnica se consideró aplicada si el terapeuta codificó su uso en la hoja de sesión y si esta contenía anotaciones que hicieran mención a la misma. Se codificó el uso de cada técnica en una

variable dicotómica independiente, indicando si se aplicó o no al paciente la técnica en cuestión.

Número de sesiones de aplicación de las técnicas: Se codificó como variable cuantitativa el número de sesiones a lo largo del tratamiento del paciente en las que el psicólogo empleó cada una de las técnicas aplicadas en el caso. La técnica se consideró aplicada en una ocasión por cada hoja de sesión en la historia clínica en la que se hiciera mención a la misma, ya fuera como técnica trabajada en sesión o como tarea para casa. Las técnicas cuya aplicación fue inferior al 25% de la muestra no fueron tenidas en cuenta para este recuento.

Motivo del abandono del tratamiento: Ante el abandono del tratamiento, según el protocolo de la Clínica el psicólogo responsable del caso debe indagar con el paciente y reflejar los motivos del mismo en el informe de finalización de la información. Dichos datos son categorizados a priori en el protocolo del centro en diferentes tipologías: cambio de residencia, condiciones económicas, incompatibilidad de horarios, insatisfacción con el tratamiento, alta voluntaria, falta de interés, rechazo a la derivación propuesta y otras razones.

5.7.5 Tratamiento de valores perdidos

La muestra presentaba valores perdidos en algunas variables consideradas en el estudio; específicamente, respecto al módulo de trastornos del estado de ánimo de la entrevista SCID-I, el BDI-II postratamiento, el BAI pre y postratamiento, las escalas de Trastorno Depresivo Mayor, Malestar referido a Sintomatología Positiva e Índice de severidad global del SCL-90-R pretratamiento, la escala de Trastorno Depresivo Mayor de los MCMI-II y III pretratamiento, y la escala EEAG pretratamiento. Siendo algunas de éstas variables dependientes del estudio, se consideró con detenimiento el tratamiento de los valores perdidos. En este proceso se tuvo en cuenta la clasificación sobre las causas de la pérdida de datos de Little y Rubin (2002). Basándose en esta, se estimó que las medidas perdidas, abundantes de forma particular en los

casos que abandonaron el tratamiento, no seguían un patrón azaroso (MCAR; *missing completely at random*), sino que se debían al estatus de abandono del caso y este, a su vez, puede estar ligado al éxito de la intervención (MNAR; *missing not at random*). Por lo tanto, su estimación mediante métodos de interpolación o extrapolación no ofrecía garantías suficientes para proceder a ella (Mallinckrodt, 2013). Adicionalmente, el empleo de estos métodos está desaconsejado para variables con un porcentaje de datos perdidos superior al 20-30% (Martínez, Chacón y Castellanos, en prensa). De la misma manera, los habituales métodos de sustitución por el último (LOCF - *Last observation carried forward*) o el peor valor observado (WOCF - *Worst observation carried forward*) carecen de justificación estadística (Leon et al., 2006; Sanz y García-Vera, 2013) y fueron igualmente descartados. Así pues, se optó por seguir a (Howard, Krause, y Orlinsky, 1986b; Sanz et al., 2003; 2005) en relación a los valores perdidos de las variables dependientes e independientes:

“Once committed to a design, the most conservative (and we think most sensible) way to deal with data attrition is to eliminate from data analyses all cases missing any independent variable data and to use only cases that are not missing data on a dependent variable in any analysis involving that particular dependent variable.[...] In sum, where attrition denies one information at certain points, one must remain ignorant” (Howard, Krause, y Orlinsky, 1986, pp. 109 -110)¹³

A continuación se detallan las medidas tomadas en cada variable.

5.7.5.1 Módulo de trastornos del estado de ánimo de la SCID-I pretratamiento.

En 44 casos no se había aplicado el módulo de trastornos del estado de ánimo de la entrevista SCID-I; es posible suponer que estos casos fueron atendidos en la Clínica Universitaria de

¹³ “Una vez comprometido con un diseño, la manera más conservadora (y pensamos que la más sensata) de lidiar con la pérdida de datos es eliminar de los análisis todos los casos en los que falta cualquier variable independiente y usar sólo casos en los que no falten los datos sobre una variable dependiente en los análisis que impliquen a esa variable dependiente en concreto. [...] en resumen, donde la pérdida de datos le niega a uno información de algunos puntos, uno debe permanecer ignorante.”

Psicología en momentos en los que la entrevista SCID no era protocolaria en el centro, o bien que el psicólogo declinó aplicarla por motivos no recogidos. En esos 44 casos, y teniendo en cuenta que el papel de la SCID era relevante esencialmente de cara a satisfacer los criterios de inclusión definidos en el estudio, el valor fue codificado como perdido y no tenido en cuenta en los análisis sobre esta variable. Sin embargo, y dado que el estatus diagnóstico podía estimarse por otros medios, se consideró no eliminar completamente los casos en los que faltara la SCID-I, pero controlar estadísticamente el efecto de la vía de establecimiento del diagnóstico como variable potencialmente contaminadora.

5.7.5.2 BDI-II postratamiento.

En 24 casos no se disponía de medidas postratamiento del BDI-II. De estos 24 casos, 21 casos se correspondían con casos codificados como “abandono”, por lo que cabe pensar que su ausencia se debe a imposibilidad de recoger medidas postratamiento debido a que el paciente deja de acudir al centro, anuncia su decisión sin acudir al centro personalmente, o se niega a la evaluación postratamiento. En los tres casos restantes, cabe pensar que el psicólogo no empleo el BDI-II como variable dependiente de la intervención. En el caso de no haberse realizado una valoración postratamiento mediante el BDI-II, el valor fue codificado como perdido y se excluyó a los casos con valores perdidos de los análisis referidos al BDI-II postratamiento.

5.7.5.3 BAI pretratamiento.

En 31 casos no se disponía de la medida pretratamiento para el BAI. Esto se dio fundamentalmente en casos anteriores a la inclusión del BAI como una prueba protocolaria en la Clínica Universitaria de Psicología. En el caso de que el cuestionario no hubiera sido aplicado, esta puntuación no fue sustituida ni codificada, sino codificada como perdida, y se excluyó a los casos con valores perdidos de los análisis referidos al BAI pretratamiento y postratamiento.

5.7.5.4 BAI postratamiento.

En 54 casos no se disponía de medidas postratamiento del BAI. De estos 54 casos, en 31 casos la prueba no se había aplicado en el pretratamiento y no se consideró su sustitución ni su análisis en el postratamiento. De los 23 casos restantes, 13 se correspondían con casos codificados como “abandono”, por lo que cabe pensar que su ausencia se debe a imposibilidad de recoger medidas postratamiento debido a que el paciente deja de acudir al centro, anuncia su decisión sin acudir al centro personalmente, o rechaza realizar la evaluación postratamiento. En los otros 10 casos restantes, codificados como alta, cabe pensar que el psicólogo no seleccionó el BAI como una variable dependiente de la intervención y no procedió a aplicar la prueba en el postratamiento. En el caso de no haberse realizado una valoración postratamiento mediante el BAI, el valor fue codificado como perdido y se excluyó a los casos con valores perdidos de los análisis referidos al BDI-II postratamiento.

5.7.5.5 Escala de Trastorno depresivo mayor de los MCMI-II y III pretratamiento.

En 27 casos no se disponía de la medida pretratamiento para el MCMI. Esto se dio fundamentalmente en casos anteriores a la inclusión del MCMI como una prueba protocolaria en la Clínica Universitaria de Psicología. En el caso de que el cuestionario no hubiera sido aplicado, esta puntuación no fue sustituida ni codificada, y se excluyó a los casos de los análisis referidos al MCMI pretratamiento.

5.7.5.6 Escalas de Trastorno Depresivo Mayor, Malestar referido a Sintomatología Positiva e Índice de severidad global del SCL-90-R, pretratamiento.

En 28 casos no se disponía de la medida pretratamiento para el SCL-90-R. Esto se dio fundamentalmente en casos anteriores a la inclusión del SCL-90-R como una prueba protocolaria en la Clínica Universitaria de Psicología. En el caso de que el cuestionario no hubiera sido aplicado, esta puntuación no fue sustituida ni codificada, y se excluyó a los casos de los análisis referidos al SCL-90-R pretratamiento.

5.7.5.7 Escala EEAG pretratamiento.

En 13 casos el diagnóstico codificado por el psicólogo no incluía la puntuación correspondiente al Eje V del diagnóstico multiaxial según criterios DSM-IV-TR. En estos se procedió a dar valor a la variable EEAG en función de la gravedad de la sintomatología depresiva según la codificación del diagnóstico, sustituyendo el valor de “0” por el punto medio del intervalo correspondiente a la gravedad codificada en el diagnóstico. Así, para los casos codificados como leves, se adoptó el valor 65, para los codificados como moderados, 55, y para los graves, 45. Según este criterio se produjeron seis sustituciones. En los casos codificados como “F3x.9” y “F34.1”, la puntuación estuvo basada en el nivel de gravedad del BDI-II pretratamiento, según los baremos recomendados por los autores de la validación española (Sanz et al., 2003; 2005; Sanz y García-Vera, 2013) Según este criterio se produjeron siete sustituciones.

5.7.5.8 Escala de Trastorno depresivo mayor de los MCMI-II y III postratamiento.

El MCMI fue empleado como medida postratamiento en tan sólo un caso. Esto pudo deberse a que los psicólogos no seleccionaron el MCMI como medida postratamiento. Habida cuenta de la práctica total ausencia de datos sobre el MCMI, la variable fue descartada de cualquier análisis y no se tuvo en cuenta.

5.7.5.9 Escalas de Trastorno Depresivo Mayor, Malestar referido a Sintomatología Positiva e Índice de severidad global del SCL-90-R, postratamiento.

El SCL fue empleado como medida postratamiento en tan sólo 14 casos. Esto pudo deberse a que los psicólogos no seleccionaron el SCL-90-R como medida postratamiento. Habida cuenta de la práctica total ausencia de datos sobre el SCL-90-R, la variable fue descartada de cualquier análisis y no se tuvo en cuenta.

5.8 Análisis de datos

5.8.1 Codificación

La codificación de los datos y las variables relevantes para el estudio ha sido realizada a partir de la base de datos informatizada del centro. Dicha base de datos ha sido completada y revisada manualmente, contrastando la información disponible en las historias clínicas de los respectivos casos, hasta alcanzar su versión definitiva. Se mantuvo en todo momento un registro de cambios y modificaciones en el que se detallaba el criterio seguido en relación a los datos introducidos en la base de datos, según se detalla en los apartados de criterios de inclusión y de exclusión, y de tratamiento de valores perdidos, en páginas anteriores.

5.8.2 Control de variables de confundido

Diversas variables ligadas a la composición de la muestra, las características de los casos y de su tratamiento pueden ser consideradas como potenciales fuentes de confusión y controladas estadísticamente. Específicamente, se indagó el papel de la pertenencia a la comunidad universitaria, del método de validación del diagnóstico (mediante SCID-I o mediante BDI-II más juicio clínico), y del tipo de diagnóstico recibido (Depresión mayor de episodio único o recidivante, y distimia). Se analizó si cada una de las variables potencialmente contaminadoras introducía variabilidad en alguna variable dependiente. Esto se llevó a cabo mediante pruebas de *t* de Student bidireccionales en el caso de variables cuantitativas y mediante pruebas de Chi cuadrado en el resto de variables. En cada análisis se pusieron a prueba los supuestos paramétricos de normalidad, linealidad y homogeneidad de varianzas y valores esperados, según resultara apropiado, y cuando estos no se cumplieron se apoyaron los estadísticos mediante procedimientos de sesgo corregido y acelerado de *Bootstrapping*, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, en el caso de las variables cuantitativas, y el estadístico exacto de Fisher, en el caso de variables cualitativas.

5.8.3 ¿Qué características tienen las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología? ¿Pueden considerarse la intervención promedio de la Clínica Universitaria de Psicología una práctica clínica basada en la evidencia?

Para contestar a esta pregunta se analizó la duración y componentes de los tratamientos psicológicos aplicados en la Clínica Universitaria de Psicología en el conjunto de la muestra y en los pacientes que completaron el tratamiento, mediante los estadísticos descriptivos correspondientes. Puesto que no es esperable que los pacientes que abandonaron el tratamiento recibieran toda la intervención propuesta, en este análisis descriptivo se recurrió en un primer lugar a la totalidad de la muestra del estudio, y posteriormente a la parte de la muestra que completó el tratamiento.

5.8.4 ¿Cómo de efectivo es el tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología?

Esta pregunta atañe a las variables dependientes del estudio, específicamente a las puntuaciones postratamiento de BAI y BDI-II, así como al resultado del tratamiento (alta o abandono). Para responder a esta cuestión se fijaron criterios de significación estadística y significación clínica. Para ello, se tuvieron en cuenta las consideraciones de Jacobson y Truax (1991, 1999) en relación a la fiabilidad del cambio terapéutico y la mejoría clínicamente significativa. Si bien es cierto que existen otros métodos para valorar la significación clínica, el método propuesto por Jacobson y Truax es de amplio uso en la literatura y no existen evidencias de que su desempeño sea inferior a otros (Atkins, Bedics, McGlinchey, y Beauchaine, 2005; Sanz y García-Vera, 2013)

5.8.4.1 Análisis de altas y abandonos.

¿Los tratamientos individualizados basados en la evidencia son aceptados por los pacientes? ¿Se desarrollan hasta el final o terminan prematuramente? Es evidente que el tratamiento debe desarrollarse de modo completo y con una adecuada adherencia para garantizar el

resultado óptimo de la intervención; de esta manera, el abandono del tratamiento constituye una variable de importancia capital. Por lo tanto, para responder a la pregunta sobre la efectividad del tratamiento psicológico, es preciso analizar la magnitud del abandono y sus causas, tanto las informadas por los pacientes que deciden abandonar el tratamiento, como las que sea posible inferir mediante métodos estadísticos. Para ello se procedió a:

- Cuantificación del abandono: se recogió el porcentaje de pacientes que completaron y que no completaron la intervención.
- Recogida de la información sobre el abandono: Los datos de los informes de finalización de la intervención fueron analizados cualitativamente, y también mediante pruebas de Chi cuadrado, para contrastar su importancia relativa. Así mismo, se realizó un análisis descriptivo para conocer el patrón de abandono del tratamiento de los pacientes que terminan prematuramente la intervención.
- Análisis del patrón de cambio clínicamente significativo y cambio fiable de los pacientes que abandonan el tratamiento.

5.8.4.2 Significación estadística.

¿Producen los tratamientos individualizados basados en la evidencia aplicados en la CUP resultados estadísticamente significativos, esto es, que las variaciones en las puntuaciones observadas no sean atribuibles al azar o a errores de medida? Para responder a esta cuestión se acudió a los siguientes métodos de contraste:

Comparaciones pre – post en los diferentes indicadores sintomatológicos mediante pruebas de contraste de medias para muestras relacionadas.

Se compararon las diferencias pre – postratamiento en las puntuaciones de los cuestionarios BDI-II y BAI. A la hora de llevar a cabo esta comparación, es importante considerar la muestra de casos sobre la que se realizó; puesto que aquellos casos en los que no está disponible la

puntuación postratamiento fueron excluidos de los análisis, y que, como se ha indicado, el mecanismo de pérdida de valores se asocia al abandono terapéutico, el análisis sobre la totalidad de la muestra (*intent – to – treat*) resulta necesariamente sesgado. Por lo tanto, el análisis de aquellos que completan el tratamiento (*completers*), resulta el más informativo; es preciso tener presente, al interpretar estos resultados, que los pacientes que han abandonado el tratamiento no están contemplados en ellos. Debido a que los datos de los cuestionarios no se ajustaban al supuesto de normalidad, se compararon los resultados pre y postratamiento mediante la prueba de *t* de Student unidireccionales con un procedimiento de sesgo corregido y acelerado de *Bootstrapping*, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos.

Cálculo del Índice de Cambio Fiable (ICF) y de los porcentajes de mejorados en los diferentes indicadores sintomatológicos.

El ICF permite atribuir significación estadística a la magnitud del cambio para cada sujeto de la muestra, y resulta un indicador relevante en aquellos casos en los que pueda existir cierto solapamiento entre las distribuciones de la población clínica para un determinado trastorno y la población no clínica, como es el caso. Siguiendo a Jacobson y Truax (1991), siendo x_{1c} la puntuación pre - tratamiento de sujeto dado un cuestionario C, y x_{2c} la puntuación post - tratamiento de ese mismo sujeto en el mismo cuestionario C, y Dt_{dif} la desviación típica de la diferencia entre ambas puntuaciones, el Índice de Cambio Fiable ICF_c es,

$$ICF_c = \frac{(x_{2c} - x_{1c})}{Dt_{dif}}$$

Dt_{dif} describe la distribución del cambio en las puntuaciones que se esperaría si no se hubiera producido cambio alguno. Un ICF superior a 1,96 es altamente improbable en ausencia de cambio real con $p < ,05$, mientras que un ICF superior a 2,58 lo es con $p < ,01$. Es posible calcular directamente Dt_{dif} a partir del error típico de medida del instrumento, Se_c ,

$$Dt_{dif} = \sqrt{2(Se_c)^2}$$

Debe recordarse que el error típico de medida del instrumento C, Se_c , se calcula a partir de la desviación típica del instrumento en su aplicación pretest (Dt_{pre}), y del índice de fiabilidad del instrumento C (α_c), que se calculará mediante el índice α de Cronbach (Cronbach, 1951)

$$Se_c = Dt_{pre} \sqrt{1 - \alpha_c}$$

Mediante la comparación directa de la diferencia entre puntuación pretratamiento y postratamiento de cada sujeto y el índice de cambio fiable es posible valorar si el cambio de dicho sujeto se puede atribuir a la variabilidad del instrumento de medida o si, por el contrario, se puede afirmar que el cambio se ha producido de un modo fiable. Esto permite calcular el porcentaje de sujetos de la muestra que ha mejorado de modo fiable. Siguiendo este procedimiento se calcularon los índices de cambio fiable para cada paciente, en cada uno de los cuestionarios empleados como variables dependientes.

5.8.4.3 Significación clínica. ¿Producen los tratamientos individualizados basados en la evidencia aplicados en la CUP resultados clínicamente significativos, esto es, que la cantidad de cambio producido no resulte trivial desde un punto de vista clínico? Para responder a esta cuestión se acudirá a los siguientes procedimientos:

Calculo de la magnitud del efecto (TE). El grupo de trabajo sobre inferencia estadística de la Asociación Americana de Psicología recomienda informar siempre del tamaño del efecto estandarizado, mediante d o r , cuando las magnitudes de la variable no son informativas por sí mismas, como ocurre con las puntuaciones de cuestionarios (Sanz, 2014; Wilkinson, 1999). Así mismo, recomienda siempre proporcionar los intervalos de confianza para dicha estimación del tamaño del efecto como una forma de desarrollar regiones plausibles para parámetros poblacionales e informar de la estabilidad de los hallazgos (Wilkinson, 1999). Por tanto, la finalidad fundamental de los estadísticos de tamaño del efecto es expresar las magnitudes en

un formato “libre de escala” que facilite su comparación e inclusión en estudios meta analíticos (Hedges y Olkin, 1985).

El tamaño del efecto de la asociación de variables cuantitativas puede expresarse a partir del propio estadístico de la correlación producto – momento de Pearson, expresado como r , o su cuadrado, denominado también coeficiente de determinación, que resulta claramente informativo a este respecto. Por ejemplo, un valor de $r = 0,5$ indica que el porcentaje de variabilidad de las puntuaciones debida a la asociación entre las variables es de $(r^2) = 0,25$; es decir, un 25% de la varianza total sería explicada por la relación entre ambas variables. Siguiendo a Cohen (1988), los valores de r se podrán interpretar de acuerdo a estos criterios:

$r = 0,10 \rightarrow$ magnitud pequeña.

$r = 0,30 \rightarrow$ magnitud media

$r = 0,50 \rightarrow$ magnitud grande.

El tamaño del efecto en la relación entre variables categóricas se expresa habitualmente como una razón de probabilidades u *OR* (siglas en inglés de “*Odds Ratio*”). *OR* expresa el ratio de probabilidades de ocurrencia de un fenómeno en dos grupos diferentes, y se calcula para una tabla de contingencia 2 x 2 según la fórmula:

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

donde a, b, c y d se corresponde con las casillas de una tabla de contingencia con la siguiente distribución:

		Ocurrencia fenómeno X	
		Sí	No
Ocurrencia fenómeno Y	Sí	a	b
	No	c	d

El estadístico resultante toma valores entre 0 e infinito, siendo un valor de $OR = 1$ indicativo de la misma oportunidad de ocurrencia del fenómeno en todos los casos. Los valores mayores que uno indicarían una mayor probabilidad de ocurrencia del fenómeno en los sujetos que tomen valores de “Sí” para el fenómeno Y; los valores menores que uno indicarían la menor probabilidad del mismo suceso para ese grupo (Martínez, Castellanos y Chacón, 2014). Los valores convencionales establecidos por Cohen (1988) para la OR son:

$OR = 1,5 \rightarrow$ magnitud pequeña.

$OR = 2,4 \rightarrow$ magnitud media

$OR = 4,3 \rightarrow$ magnitud grande.

A su vez, el tamaño del efecto entre diferencias de medias puede calcularse a partir de las medias de la medidas a comparar, dividida por la desviación típica de esas observaciones, como estimación del error estándar de la medida. Esta es la fórmula más habitual, desarrollada por Cohen (1988), y denominada habitualmente d . Así, siendo \bar{X}_{prec} la puntuación media pretratamiento en el cuestionario c, \bar{X}_{posc} la puntuación media postratamiento en el mismo cuestionario, y Dt_{posc} la desviación típica del cuestionario postratamiento, la fórmula para calcular el tamaño por efecto empleada es:

$$d = \frac{(\bar{X}_{prec} - \bar{X}_{posc})}{Dt_{posc}}$$

Sin embargo, existen diversas variantes de d , y la elección de la fórmula a emplear puede introducir variaciones significativas en el resultado final. Siguiendo a Lakens (2013), además de la d original, también denominada d' o d_s - al referirse a una muestra ("*sample*" en inglés) - se pueden encontrar alternativas más o menos adecuadas para diferentes propósitos. Si se está tratando de comunicar los resultados de un experimento con un diseño intergrupos de manera que sean comparables con otros estudios (por ejemplo, en un meta análisis), y se desea realizar una estimación insesgada del tamaño del efecto en la población de la que proviene nuestra muestra, se recomienda emplear la corrección de Hedges a la d de Cohen, o g de Hedges (Hedges y Olkin, 1985);

$$g_s = d_s \times (1 - [4(n_1 + n_2) - 9])$$

Siendo n_1 y n_2 los tamaños de las muestras a comparar. Si se está tratando con diseños intergrupos, existen discrepancias sobre la fórmula idónea; es posible calcular el estadístico d_z a partir de la media de las diferencias entre puntuaciones y la desviación típica de las diferencias, que incorpora una corrección de la variabilidad intrasujeto mediante la correlación de las medidas relacionadas:

$$d_z = \frac{\bar{X}_{dif}}{\sqrt{(Dt_1^2 + Dt_2^2 - 2r \times Dt_1 \times Dt_2)}}$$

Siendo \bar{X}_{dif} la media de las diferencias, Dt_1 y Dt_2 las desviaciones típicas de cada uno de los grupos y r la correlación biserial puntual entre ambas medidas. Dado que la fórmula propuesta por Cohen tiene en cuenta la correlación entre las medidas, según esta sea mayor o menor, afectará a la desviación típica de las diferencias y por tanto, el tamaño del efecto puede verse incrementado o reducido, respectivamente. Adicionalmente, la desviación típica de las diferencias entre observaciones tiende *per se* a ser menor que la desviación típica promedio de los grupos de observaciones tomados por separado. Así, si bien d_z es de particular interés para

hacer estimaciones precisas del tamaño muestral y la potencia estadística a priori, algunos autores (Dunlap, Cortina, Vaslow, y Burke, 1996) consideran que, dado que estos tamaños del efecto pueden estar inflados, no serían directamente comparables con el resto de estudios con diseños intergrupos, perdiendo en generalizabilidad. Se puede recomendar, como alternativa, el empleo del promedio de las desviaciones típicas de las observaciones a comparar, en lo que se ha denominado d promediada o d_{av} – del inglés “average” - (Cummings, 2012; citado en Lakens, 2013):

$$d_{av} = \frac{\bar{X}_{dif}}{\frac{(Dt_1 + Dt_2)}{2}}$$

Siendo X_{dif} la media de las diferencias entre ambas medidas relacionadas, y Dt_1 y Dt_2 las desviaciones típicas de cada una de las observaciones. A esta fórmula se le puede aplicar también la corrección de Hedges, anteriormente indicada para obtener el estadístico g_{av} .

Así pues, seleccionar y denominar con precisión la fórmula para el cálculo del tamaño del efecto empleada es de gran importancia (Lakens, 2013), puesto que los resultados de las diferentes fórmulas no tienen porqué ser directamente comparables entre sí. Con estas condiciones, se optó por emplear la g_{av} de Hedges para cuantificar el Tamaño del Efecto (TE) del tratamiento para cada una de las variables dependientes cuantitativas codificadas. En cada caso, se comparó el valor de cada una de las escalas pretratamiento con el valor de la misma escala en el postratamiento, siempre que este estuviera disponible.

A la hora de estimar la magnitud del TE, se acude habitualmente a la comparación con los valores orientativos de Cohen (1988).

$d = 0,20 \rightarrow$ magnitud pequeña.

$d = 0,50 \rightarrow$ magnitud media

$$d = 0,80 \rightarrow \text{magnitud grande.}$$

Estos valores no dejan de ser una estimación arbitraria, por lo que otros autores (Cano Corres et al., n.d.) recomiendan emplear los valores ofrecidos por Hopkins (2009) y que se corresponde con los valores ofrecidos por Cohen para r_{bp} (1988):

$$d = 0,20 \rightarrow r_{bp} = 0,10 \rightarrow \text{magnitud pequeña.}$$

$$d = 0,63 \rightarrow r_{bp} = 0,30 \rightarrow \text{magnitud media}$$

$$d = 1,15 \rightarrow r_{bp} = 0,50 \rightarrow \text{magnitud grande.}$$

Estos valores surgen de la conversión de la puntuación de TE en un coeficiente de correlación biserial puntual (r_{bp}) por considerarlo un índice más exigente. Otros (Lakens, 2013), Thompson, 2007) recomiendan buscar siempre la comparación con otros tamaños del efecto obtenidos en agregados meta analíticos, como mejor aproximación a los valores poblacionales del fenómeno observado. Igualmente, se recomienda analizar también el intervalo de confianza del TE (Wilkinson, 1999) Para determinar este intervalo de confianza, es preciso tener en cuenta la estrecha relación entre la d de Cohen y la distribución del estadístico t , pudiendo incluso calcularse directamente d_z a partir de t (Rosenthal, 1991). Esto implica que, al igual que ocurre con el estadístico t , la no normalidad de las muestras a comparar puede tener grandes efectos en la robustez de los intervalos de confianza obtenidos (Hess y Kromrey, 2004; Kelley, 2005; Kirby y Gerlanc, 2014). Por lo tanto, ante la no normalidad de las muestras del presente estudio, se impuso la necesidad de realizar correcciones al intervalo de confianza ofrecido para el TE. Dada la capacidad de computación disponible en la mayoría de equipos informáticos modernos, la opción más recomendada (Kirby y Gerlanc, 2014; Lakens, 2013) es acudir a procedimientos de “remuestreo” (“*resampling*”), denominados “*Bootstrapping*” (Efron, 1979). Esta metodología pretende aproximar la distribución de un estadístico en la población, \hat{q} , a partir de estimaciones basadas en la propia muestra, y consiste en generar N muestras q^* a

partir de la muestra original, compuestas por tantas observaciones como la muestra original, a partir de combinaciones al azar de los datos de la muestra original. Las observaciones incluidas en cada uno de los remuestreos se obtienen con procedimientos de reemplazo, pudiendo cada observación estar repetida varias veces en unas y ausente en otras. Al calcular el estadístico de interés Q^* N veces, se obtiene una aproximación empírica de la distribución poblacional de \hat{Q} que se puede emplear para establecer un intervalo de confianza que no se ve afectado por la no normalidad de la muestra a partir de los percentiles de la distribución de los N Q^* y al nivel de significación deseado (Kirby y Gerlanc, 2014). Por ejemplo, para un nivel de $\alpha = ,05$ se seleccionarían como límites del intervalo de confianza los percentiles 2,5 y 97,5. Para evitar sesgos inherentes a la estimación basada en percentiles, debido al peso de los posibles valores alejados de la distribución de Q^* , las recomendaciones de Kirby y Gerlanc (2013) pasan por realizar un número de remuestreos superior a 1000, y seleccionar de entre ellos un intervalo de confianza por el procedimiento de sesgo corregido y acelerado de “*Bootstrapping*” descrito por Efron en 1987 (*BCa*). Se optó por fijar en 2000 el número de remuestreos a realizar. Debido a que los procedimientos para el cálculo del tamaño del efecto no forman parte de la licencia básica de *SPSS*, los datos necesarios para el cálculo fueron exportados al paquete de análisis de datos *R* (R Development Core Team, 2012) y analizados empleando los paquetes de funciones *BootES* (Kirby y Gerlanc, 2014) y *computer.es* (Del Re, 2014).

Cálculo Índice de mejoría clínica “*C*” de Jacobson y Truax y de los porcentajes de recuperados. Se consideró emplear como criterio de mejoría clínicamente significativa el punto de corte propuesto por Jacobson y Truax (1991) en su forma “*C*”, por considerarse el menos arbitrario, combinar las distribuciones de la población clínica y no clínica, y resultar más sencillo de comparar con otros estudios referidos a la misma población. Este criterio es el recomendado por los autores cuando la distribución de las puntuaciones de la población normal y clínica es conocida, y existe solapamiento entre ellas, como es el caso en los cuestionarios BDI-II (Sanz,

2013) y BAI (Sanz, 2014). Conocidas la puntuación media de la población normal (m_{nor}) y su desviación típica (S_{nor}), así como la media de la población clínica en la aplicación pre – tratamiento del cuestionario c (m_{cli}) y su desviación típica (S_{cli}), este valor crítico C_c es,

$$C_c = \frac{(S_{nor}m_{cli}) + (S_{cli}m_{nor})}{(S_{nor} + S_{cli})}$$

Si las puntuaciones de un paciente concreto en un cuestionario concreto se reducen por debajo de ese punto de corte, significará que su puntuación ha quedado estadísticamente más cerca de la media de la población normal que de la población clínica. Si por el contrario, la puntuación queda por encima de ese punto de corte, entonces se infiere que el cambio no ha resultado clínicamente significativo. Siguiendo este criterio, los autores de la validación española de las pruebas empleadas han establecido puntos de corte para mejoría clínicamente significativa en los cuestionarios empleados como variables dependientes a partir de la distribución de puntuaciones de la población normal y la distribución de puntuaciones de la población clínica, siendo de 14 puntos para el BDI-II (Sanz, 2013) y también de 14 puntos para el BAI (Sanz, 2014).

Combinando los criterios ICF_c y C_c , puede contrastarse, para cada paciente, si el volumen de cambio alcanzado es atribuible a la intervención o si, por el contrario, es atribuible a la variabilidad propia del instrumento C, y, adicionalmente, si el cambio alcanzado es clínicamente significativo. Así, puede darse el caso de que: a) un paciente mejore de un modo que se puede atribuir a la intervención, y que este cambio sea además clínicamente significativo, pudiendo considerarse un tratamiento efectivo y al paciente **recuperado**; b) que un paciente mejore de un modo que se puede atribuir a la intervención, y que este cambio no resulte, pese a ello, clínicamente significativo, pudiendo considerarse el tratamiento como insuficientemente efectivo y al paciente como **mejorado**; c) que un paciente no mejore de un modo que se pueda atribuir a la intervención, y que la magnitud de este cambio no resulte

clínicamente significativo, pudiendo considerarse por tanto que el tratamiento ha resultado inefectivo y al paciente **sin cambios**; d) que un paciente no mejore de un modo que se puede atribuir a la intervención, pero que este cambio resulte clínicamente significativo, pudiendo atribuirse entonces a la variabilidad del instrumento y a la reducida gravedad del caso, que tendría sus puntuaciones muy próximas al C_c ; en este caso se trataría de una remisión espontánea o un artefacto del instrumento y su nivel de precisión en la medición de la variable clínica relevante, pudiendo considerarse al paciente como **remitido**; e) que un paciente experimente un cambio fiable en dirección negativa, es decir, alejándose del criterio de recuperación, lo que se podría considerar un efecto iatrogénico del tratamiento y al paciente como **empeorado** por el mismo.

5.8.5 ¿Qué variables influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología?

En la literatura, numerosas variables han sido analizadas en relación a su papel moderador de la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión. Con el fin de determinar el impacto que diferentes variables pudieran tener en el resultado del tratamiento, se consideraron determinadas variables y su impacto en diferentes medidas del éxito de la intervención: por un lado, los porcentajes de altas y abandonos, y por otro la magnitud del cambio en las puntuaciones del BDI-II y del BAI, así como si este cambio resulta suficiente para alcanzar los umbrales de cambio fiable y de cambio clínicamente significativo.

5.8.5.1 Análisis de diferencias entre los pacientes que acaban y los que abandonan el tratamiento.

Para todas las variables recogidas en el pretratamiento (variables clínicas, demográficas, de la evaluación y del terapeuta) se realizaron contrastes mediante pruebas de t de Student bidireccionales para las variables ordinales o de escala, y mediante pruebas de Chi Cuadrado para las variables categóricas. En cada análisis se pusieron a prueba los supuestos

paramétricos de normalidad, linealidad y homogeneidad de varianzas y valores esperados, según resultara apropiado, y cuando estos no se cumplieron se apoyaron los estadísticos mediante procedimientos de sesgo corregido y acelerado de *Bootstrapping*, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, en el caso de las variables cuantitativas, y en el estadístico exacto de Fisher, en el caso de variables cualitativas.

5.8.5.2 Análisis de las diferencias entre los pacientes que obtienen cambio clínico significativo y / o fiable y los que no lo alcanzan, y de la reducción en las puntuaciones del BDI-II y el BAI.

Las variables consideradas fueron las relativas a la intervención desarrollada, incluyendo aquellas técnicas empleadas en más del 50% de los casos (uso de activación conductual, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación) y la duración de la intervención, así como variables clínicas destacadas en la literatura (edad, gravedad del caso, medida mediante las pruebas de evaluación aplicadas en el pretratamiento y la puntuación EEAG asignada por el clínico, la presencia de comorbilidad, la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido, el nivel educativo, la duración del episodio actual, y el uso de farmacoterapia en paralelo a la intervención psicológica).

Para ello, se llevaron a cabo pruebas de *t* de Student unidireccionales en el caso de las comparaciones de variables cuantitativas por grupos, correlaciones de Pearson en el caso de relaciones entre variables cuantitativas, y pruebas de Chi cuadrado para las variables categóricas. En cada análisis se pusieron a prueba los supuestos según resultara apropiado, y cuando estos no se cumplieron se apoyaron los estadísticos mediante procedimientos de sesgo corregido y acelerado de *Bootstrapping*, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, en el caso de las variables cuantitativas, y el estadístico exacto de Fisher, en el caso de variables cualitativas. Los resultados se apoyaron mediante el cálculo de medidas del tamaño del efecto apropiadas a cada contraste y sus intervalos de confianza al 95%: la *g* de

Hedges promediada para las diferencias de medias y la razón de probabilidades (OR) en el caso de tablas de contingencia. La correlación de Pearson, al ser en sí misma una medida de magnitud de asociación, se tomó como una medida directa de tamaño del efecto.

5.8.6 ¿Cuál es la coste-efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología frente al tratamiento farmacológico estándar?

Para responder a esta cuestión se consideró el número promedio de sesiones de evaluación y de tratamiento recibidas por los pacientes depresivos en la Clínica Universitaria de Psicología, y se multiplicó por el coste en euros de cada sesión, con los precios oficiales aprobados para la Clínica en el momento de recogida de los datos (48,00€ por sesión, sin distinción entre sesiones de evaluación y tratamiento). A continuación se realizó una búsqueda en la base de datos “PsycINFO” de estudios que incluyeran datos sobre coste efectividad y coste del tratamiento en España. Las palabras claves seleccionadas fueron “cost of treatment”, en cualquier campo, y “depression” o “depressive disorder”, y “Spain” o “Spanish” como palabras clave. La búsqueda se limitó a artículos revisados por pares publicados en los último diez años. Adicionalmente, se analizaron las referencias de los artículos encontrados en busca de nuevos estudios que cumplieran los criterios indicados, así como los artículos que citaran a los trabajos localizados. Se incluyeron los artículos que ofrecieran cifras concretas de costes directos de la intervención farmacológica. Los costes directos y, en su caso, su desglose, así como los porcentajes de revisión fueron considerados como “benchmarks” para los costes del tratamiento de la Clínica Universitaria de Psicología.

CAPÍTULO 6.

Resultados.

“He hecho tanto hincapié en la conveniencia de trabajar con tamaños muestrales grandes que algunos de mis estudiantes han difundido el rumor de que mi idea del estudio perfecto es la de 10000 casos y ninguna variable. Exageran.”

Jacob Cohen

6.1 Características de las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología

La información sobre los tratamientos desarrollados en la Clínica Universitaria de Psicología, recopilada a partir de las historias de cada paciente y las bases de datos de la clínica, se recoge en las tablas 6.1 a 6.6.

En la tabla 6.1 puede observarse la cantidad promedio de sesiones de tratamiento recibidas por los pacientes del conjunto de la muestra, que se sitúa en torno a las 18 sesiones de tratamiento. En estas sesiones se desarrollan de media unas siete técnicas de intervención. La adherencia de los pacientes a las sesiones y las técnicas es valorada como elevada por los terapeutas, con un promedio de 94,1% de adherencia a las sesiones y un 79,9% de adherencia a las técnicas en el total de la muestra. En promedio, los pacientes reciben 1,3 sesiones de seguimiento; no obstante, sólo un 46,9% de los pacientes acude a sesiones de seguimiento.

Tabla 6.1

Número de sesiones de tratamiento y de técnicas empleadas con los pacientes incluidos en el estudio (N= 89) y su seguimiento.

Nº de sesiones de tratamiento	Md = 15,0 sesiones; \bar{X} = 18,0 sesiones ; Dt = 15,2 sesiones.
Nº de técnicas aplicadas	Md = 7,0 técnicas; \bar{X} = 6,5 técnicas; Dt = 2,5 técnicas.
Adherencia a las sesiones	Md = 100,0%; \bar{X} = 94,1%; Dt = 15,3 %.
Adherencia a las pautas	Md = 90,0%; \bar{X} = 79,9% ; Dt = 24,2%.
Nº de sesiones de seguimiento	Md = 0,0 sesiones; \bar{X} = 1,3 sesiones ; Dt = 1,6 sesiones.

Por su parte, en la tabla 6.2 se muestran las características del tratamiento de los pacientes que completan la intervención. Como se puede ver, el tratamiento de los pacientes que completan la intervención es unas tres sesiones más largo, con promedio de 21,5 sesiones, y

contiene un promedio muy similar de técnicas. El seguimiento de las técnicas por los pacientes es de nuevo valorado como muy elevado por los psicólogos responsables de los casos, con un 97,3% de adherencia a las sesiones y un 85,6% de adherencia a las técnicas. En promedio, los pacientes que completan la intervención reciben 2,0 sesiones de seguimiento; no obstante, un 28,1% de los pacientes que completan el tratamiento no acuden a sesiones de seguimiento. Si se excluye a estos pacientes del cómputo, los restantes reciben en promedio unas 2,7 sesiones de seguimiento.

Tabla 6.2

Número de sesiones de tratamiento y de las principales técnicas de los pacientes que completan el tratamiento (n= 57) y su seguimiento.*

Nº de sesiones de tratamiento	Md = 17,0 sesiones; \bar{X} = 21,5 sesiones ; Dt = 15,3 sesiones.
Nº de técnicas aplicadas	Md = 7,0 técnicas; \bar{X} = 7,1 técnicas; Dt = 2,1 técnicas.
Adherencia a las sesiones	Md = 100,0%; \bar{X} = 97,3%; Dt = 10,1 %.
Adherencia a las pautas	Md = 90,0%; \bar{X} = 85,6% ; Dt = 17,5%.
Nº de sesiones de seguimiento	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 2,7 sesiones ; Dt = 1,6 sesiones.

En la tabla 6.3 pueden apreciarse las técnicas que se han empleado en la atención a los pacientes y el porcentaje de casos en los que se ha usado cada una de las técnicas. Como puede verse, hasta 20 técnicas distintas se han venido aplicando a los pacientes de la muestra seleccionada. Las técnicas más aplicadas en el conjunto de la muestra son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la activación conductual, con porcentajes de uso superiores al 85% de los casos. La psicoeducación es la única técnica que se emplea en todos y cada uno de los pacientes; esto es consistente con el acercamiento didáctico que se hace en la intervención psicológica, y con la devolución del modelo funcional o de la formulación del caso. Al mismo

Tabla 6.3

Técnicas incluidas en el proceso de tratamiento de los pacientes incluidos en el estudio (N= 89)

Psicoeducación	100,0% (n = 89).
Activación Conductual	88,8% (n = 79).
Reestructuración Cognitiva	88,8% (n = 79).
Técnicas de relajación	68,5% (n = 61).
Entrenamiento en habilidades sociales	55,1 % (n = 49).
Entrenamiento en solución de problemas	50,6% (n = 45).
Técnicas de control del diálogo interno	49,4% (n = 44).
Técnicas de exposición	24,7% (n = 22).
Higiene de sueño	22,5% (n = 20).
Control estimular	16,9% (n = 15).
Otras técnicas operantes	15,7% (n = 14).
Técnicas para incremento de la autoestima	14,6% (n = 13).
Entrenamiento en técnicas de estudio	7,9% (n = 7).
Gestión de emociones	7,9% (n = 7).
Contratos conductuales	3,4% (n = 3).
Técnicas de autocontrol	2,2% (n = 2).
Técnicas de gestión del tiempo	2,2% (n = 2).
Manejo de la ideación autolítica	2,2% (n = 2).
Técnicas narrativas	2,2% (n = 2).
Técnicas basadas en el perdón	1,1% (n = 1).

tiempo, y como se ha comentado anteriormente en este mismo trabajo, las técnicas de activación conductual y de reestructuración cognitiva son, respectivamente, el núcleo de las aproximaciones empíricamente apoyadas al tratamiento de la depresión. Las restantes técnicas aparecen en una frecuencia inferior, que va desde el 68,5% de uso de la relajación,

hasta el 1,1% de uso de técnicas basadas en el perdón; dicho porcentaje se corresponde con un único caso. Se aprecia pues que una serie de técnicas (la psicoeducación, la activación conductual y la reestructuración cognitiva) son de uso prácticamente obligado casi en el total de los casos; otras son de alta frecuencia de uso, como la relajación, el entrenamiento en solución de problemas o el entrenamiento en habilidades sociales, todas ellas empleadas por encima del 50% de los casos; y otras son progresivamente menos frecuentes, hasta llegar a seis técnicas de uso prácticamente marginal, con porcentajes inferiores al 5% y correspondientes a entre uno y tres casos de la muestra total; en este bloque están los contratos conductuales, las técnicas de autocontrol, técnicas de gestión del tiempo, manejo de la ideación autolítica, técnicas narrativas y técnicas basadas en el perdón. Entre esas técnicas de uso mayoritario y las de uso marginal, con una frecuencia que oscila entre el 49,4% de las técnicas de control del diálogo interno y el 7,9% de la gestión de emociones, se encuentran otras técnicas de uso frecuente, pero no mayoritario. Son las técnicas de exposición, la higiene de sueño, el control estimular, las técnicas operantes, las técnicas para incremento de la autoestima y el entrenamiento en técnicas de estudio.

En el caso de los pacientes que completan el tratamiento, las técnicas empleadas de modo más habitual pueden consultarse en la tabla 6.4. Como se puede apreciar, las técnicas empleadas mantienen una ordenación prácticamente similar, siendo de nuevo la técnica más frecuente la psicoeducación, y las menos empleadas las técnicas basadas en el perdón. En el tratamiento de los pacientes que completan la intervención se emplean un total de 19 técnicas distintas, una menos que en el conjunto de la muestra; esto se debe a que las técnicas de control de la ideación autolítica, con una frecuencia de uso del 2,2% de la muestra total, se emplearon únicamente en pacientes que no culminaron la intervención. Por lo demás, se aprecian ciertas diferencias sistemáticas en la frecuencia de uso de determinadas técnicas, que tienen un uso más habitual en la muestra de pacientes que completan el tratamiento que en el conjunto de los casos. Específicamente, tan sólo las técnicas de control estimular y las técnicas

Tabla 6.4

Técnicas incluidas en el proceso de tratamiento de los pacientes que completan el tratamiento (n= 57)

Psicoeducación	100,0% (n = 57).
Reestructuración Cognitiva	93,0% (n = 53).
Activación Conductual	91,2% (n = 51).
Técnicas de relajación	75,4% (n = 43).
Entrenamiento en habilidades sociales	68,4% (n = 39).
Técnicas de control del diálogo interno	56,1% (n = 32).
Entrenamiento en solución de problemas	54,4% (n = 31).
Higiene de sueño	28,1% (n = 16).
Técnicas de exposición	26,3% (n = 15).
Otras técnicas operantes	21,1% (n = 12).
Control estimular	15,8% (n = 9).
Técnicas para incremento de la autoestima	14,0% (n = 8).
Gestión de emociones	12,3% (n = 7).
Entrenamiento en técnicas de estudio	8,8% (n = 5).
Contratos conductuales	5,3% (n = 3).
Técnicas de autocontrol	3,5% (n = 2).
Técnicas de gestión del tiempo	3,5% (n = 2).
Técnicas narrativas	3,5% (n = 2).
Técnicas basadas en el perdón	1,8% (n = 1).

para el incremento de la autoestima se emplean más en el conjunto de la muestra que entre los pacientes que completan. De nuevo, con un uso del 100% de los casos, todos los pacientes que completan el tratamiento reciben psicoeducación acerca de su problema. La comparación entre el uso de las técnicas en el conjunto de la muestra y el conjunto de pacientes que

completan el tratamiento se puede consultar en la figura 6.1. Otras diferencias que se pueden apreciar entre el conjunto de la muestra y los sujetos que completan el tratamiento se refieren a la frecuencia relativa con la que se emplean ciertas técnicas. Se puede comprobar que la reestructuración cognitiva, con un 93,0% de uso entre los pacientes que completan el tratamiento, es más frecuente que la activación conductual, con un 91,2%, mientras que en el conjunto de la muestra se emplean con igual frecuencia (un 88,8%). Así mismo, las técnicas de control del diálogo interno parecen emplearse con más frecuencia entre los pacientes que acaban el tratamiento (con un 56,1% frente al 49,4%), superando en frecuencia a las técnicas de solución de problemas (con un 54,4% frente a un 50,6%). Lo mismo ocurre en el caso de la higiene de sueño, que con un uso en el 28,1% de los casos en el conjunto de pacientes que acaban el tratamiento, supera a las técnicas de exposición, que se emplean en un 26,3% de la muestra, frente al porcentaje de uso del 22,5% y del 24,7%, con que, respectivamente, se usan en la totalidad de la muestra. En situación similar están las técnicas operantes, que con un 21,1% pasan a ser más frecuentes que las de control estimular, con un 15,8%, frente a los porcentajes de uso del 15,7% y 16,9% que, respectivamente, tienen en el conjunto de la muestra. Lo mismo ocurre con el entrenamiento en técnicas de estudio y la gestión de emociones, empleadas ambas en un 7,9% de la muestra total de casos, pero que en el conjunto de pacientes que completan el tratamiento divergen en su frecuencia, con un 12,3% de uso de la gestión de emociones y un 8,8% de uso de entrenamiento en técnicas de estudio. Se aprecia también que, con la excepción ya citada del manejo de la ideación autolítica, las técnicas marginales, con un uso inferior al 5% en la muestra total, se corresponden por entero a casos que han completado el tratamiento.

Más allá del empleo de una u otra técnica, la cantidad de sesiones dedicadas a las mismas supone una información singularmente relevante sobre la importancia que han jugado en el tratamiento. En la tabla 6.5 puede observarse la cantidad – dosis – de sesiones empleadas en

Figura 6.1

Comparativa del uso de técnicas en los pacientes que completan el tratamiento y el conjunto de la muestra.

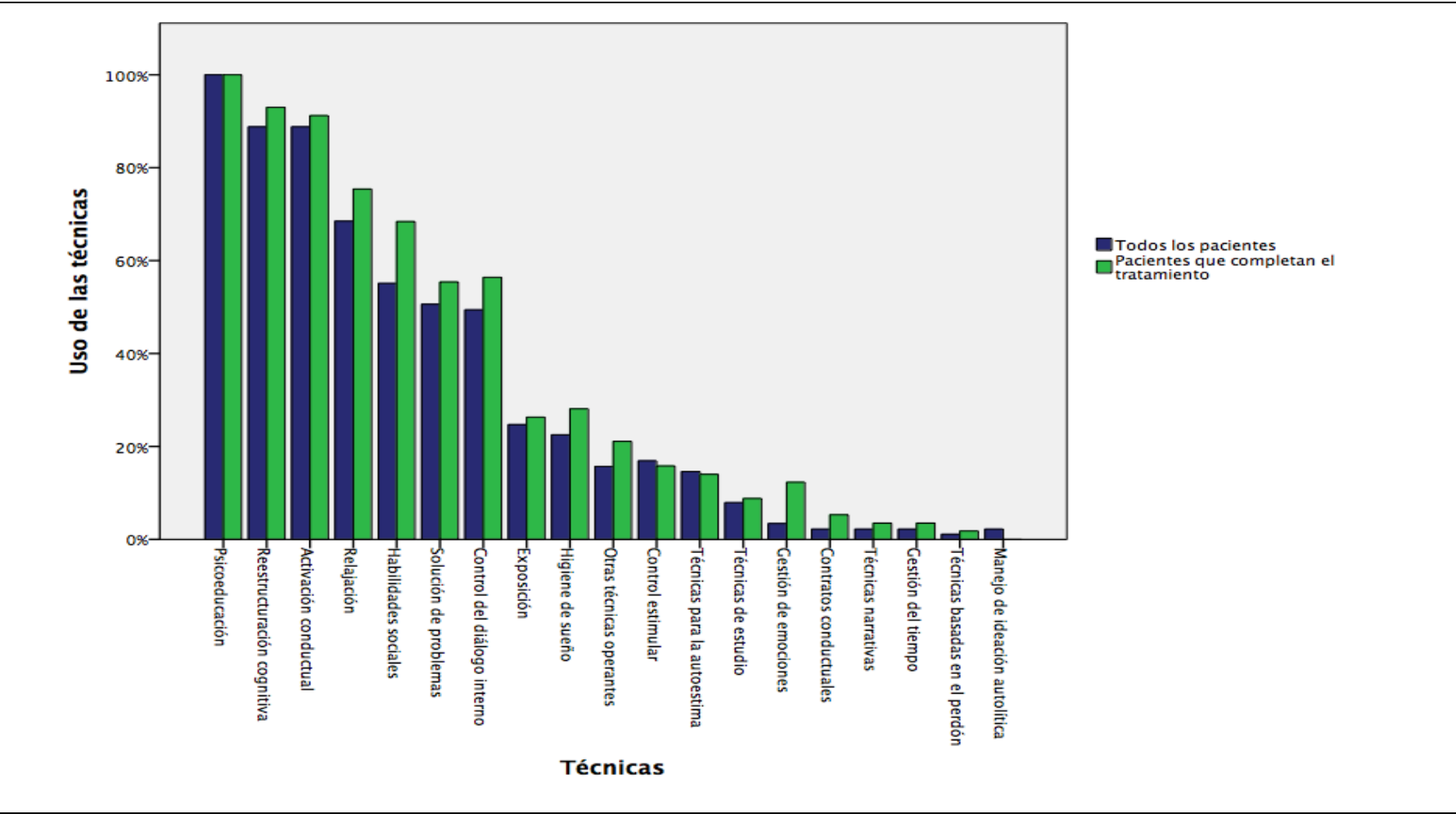


Tabla 6.5

Número de sesiones de tratamiento de las principales técnicas de los pacientes incluidos en el estudio (N= 89).*

Nº de sesiones de psicoeducación	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 2,7 sesiones; Dt = 4,9 sesiones.
Nº de sesiones de reestructuración cognitiva	Md = 6,0 sesiones; \bar{X} = 8,1 sesiones; Dt = 8,9 sesiones.
Nº de sesiones de activación conductual	Md = 4,5 sesiones; \bar{X} = 6,2 sesiones; Dt = 6,2 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de relajación	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 3,7 sesiones; Dt = 4,5 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales	Md = 1,0 sesiones; \bar{X} = 2,4 sesiones; Dt = 4,1 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en solución de problemas	Md = 1,0 sesiones; \bar{X} = 2,2 sesiones; Dt = 3,9 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de control del diálogo interno	Md = 1,0 sesiones; \bar{X} = 1,5 sesiones; Dt = 7,1 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de exposición	Md = 0,0 sesiones; \bar{X} = 1,0 sesiones; Dt = 2,6 sesiones.

** Se han incluido solamente aquellas técnicas aplicadas en el menos un 25% de los casos.*

cada una de las técnicas que formaron parte de, al menos, el 25% de los casos; se pretendió con esta restricción centrar la atención y el esfuerzo de recogida de información en las técnicas más habituales. Se puede apreciar como dos técnicas, la reestructuración cognitiva y la activación conductual, con 8,1 y 6,2 sesiones de promedio, se emplean respectivamente en el 45,0% y el 34,4% de las sesiones de terapia, siendo la dosis del resto de técnicas muy inferior, desde las 3,7 sesiones empleadas de media en las técnicas de relajación (un 18,3% de las

sesiones) a las 1,0 sesiones empleadas en las técnicas de exposición (un 4,4% de las sesiones de tratamiento).

En la tabla 6.6 se puede consultar la información relativa a la dosis de uso de las mismas técnicas en los pacientes que completan la intervención. Como se puede ver, la cantidad de sesiones de cada técnica recibida por los pacientes que completan la intervención es superior a la de la totalidad de la muestra. Sin embargo, la distribución de las sesiones en las que se emplean las diferentes técnicas es muy similar, con la reestructuración cognitiva y la activación conductual empleándose en un promedio de 9,6 y 7,5 sesiones, respectivamente. Estas sesiones suponen el 44,7% y el 34,9% del conjunto de sesiones de tratamiento. De nuevo, el resto de técnicas se emplean con una frecuencia mucho menor, que oscila entre las 3,7 sesiones dedicadas en promedio a las técnicas de relajación (con un 17,2% de las sesiones de intervención) y las 1,7 sesiones dedicadas en promedio a las técnicas de control del diálogo interno (un 4,7% de las sesiones de intervención). El único cambio en orden de importancia se refiere a las técnicas de exposición, que en este caso se aplican en mayor dosis (3,1 sesiones de media) que las de solución de problemas (2,6 sesiones de media) y de control del diálogo interno (1,7 sesiones de media).

Al comparar las dosis de uso de las técnicas más frecuentes en el conjunto de la muestra y en los pacientes que completan el tratamiento se observan pocas variaciones; tal y como puede verse en la figura 6.2, todas las técnicas consideradas se emplean más intensamente en los pacientes que completan la intervención que en el conjunto de la muestra, sin que aparezcan diferencias en la importancia con que se emplean: en ambos grupos las técnicas de reestructuración cognitiva, seguidas de la activación conductual, son las más aplicadas, y las técnicas de exposición las menos empleadas, sin diferencias tampoco en las técnicas de uso intermedio entre estas.

Tabla 6.6

Número de sesiones de tratamiento de las principales técnicas de los pacientes que completan el tratamiento (n= 57).*

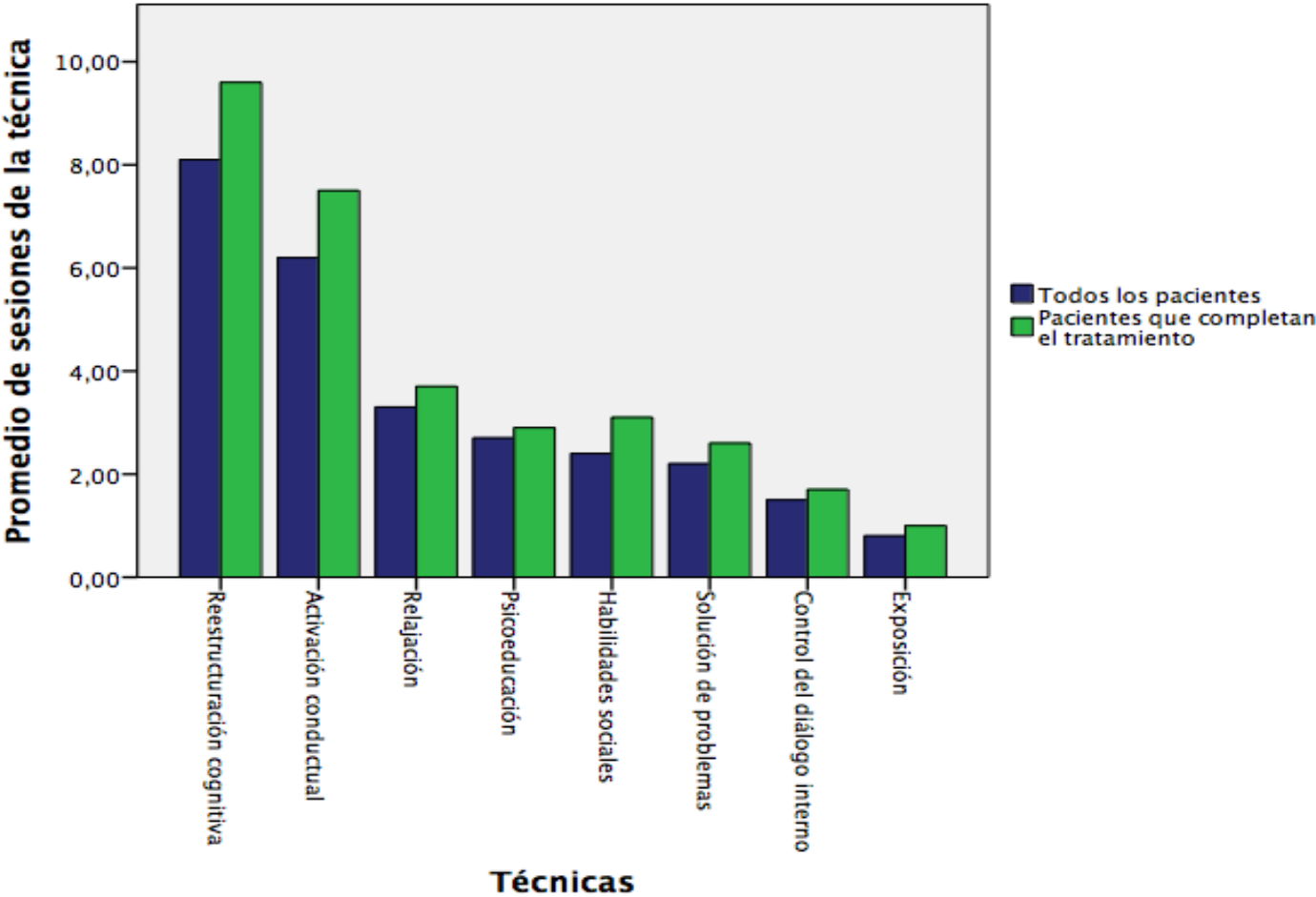
Nº de sesiones de psicoeducación	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 2,9 sesiones; Dt = 2,2 sesiones.
Nº de sesiones de reestructuración cognitiva	Md = 7,5 sesiones; \bar{X} = 9,6 sesiones; Dt = 9,2 sesiones.
Nº de sesiones de activación conductual	Md = 6,0 sesiones; \bar{X} = 7,5 sesiones; Dt = 6,9 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de relajación	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 3,7 sesiones; Dt = 4,5 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales	Md = 1,5 sesiones; \bar{X} = 3,1 sesiones; Dt = 4,5 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de exposición	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 3,1 sesiones; Dt = 3,5 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en solución de problemas	Md = 1,0 sesiones; \bar{X} = 2,6 sesiones; Dt = 4,5 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de control del diálogo interno	Md = 1,0 sesiones; \bar{X} = 1,7 sesiones; Dt = 3,1 sesiones.

** Se han incluido solamente aquellas técnicas aplicadas en el menos un 25% de los casos.*

Del mismo modo, debe tenerse en cuenta que las técnicas no ocupan necesariamente el tiempo de una sesión en exclusiva; la suma del número de sesiones dedicadas a las técnicas más frecuentes obtiene 27,2 sesiones en el total de la muestra y 32,1 sesiones entre los pacientes que completan el tratamiento. Estas cifras, que no tienen en cuenta el empleo de otras técnicas menos frecuentes, exceden en 9,2 y 11,1 sesiones la duración media del tratamiento en ambos grupos, lo que supone un 51,1% y un 51,6% de la duración de los tratamientos. De esta manera, es posible estimar que, en promedio, en el 50% de las sesiones tanto del conjunto de la muestra como del grupo de pacientes que completa el tratamiento se aplica una de las técnicas más frecuentes, y dos en el 50% restante.

Figura 6.2

Comparativa del número de sesiones dedicadas a las principales técnicas en los pacientes que completan el tratamiento y el conjunto de la muestra.



Nota: Se incluyen en el cómputo tan sólo las técnicas empleadas en al menos un 25% del conjunto de la muestra.

A la hora de interpretar estos resultados, es preciso tener en cuenta que los promedios se refieren al conjunto de pacientes de la muestra total y de los que completan el tratamiento, por lo que estas cifras se refieren tanto a los pacientes con los que se emplea la técnica como a los que no. Así, por ejemplo, frente a la única sesión dedicada a la exposición – una cantidad muy inferior a la que podría tener efectos terapéuticos – el promedio de sesiones dedicadas a la exposición en los 22 casos con los que se emplea la técnica es de 3,2 sesiones ($Dt = 3,4$ sesiones) en el conjunto de la muestra, y de 3,9 sesiones ($Dt = 4,0$ sesiones) en los 15 casos que la utilizan entre los que completan el tratamiento, con un rango de 1 a 15 sesiones en este último grupo. En las tablas 6.7 e 6.8 puede consultarse el número de sesiones de cada técnica aplicada a los pacientes que la reciben, en la muestra total y en la submuestra de pacientes que completan el tratamiento. Como se puede esperar, la cantidad de sesiones recibidas por los pacientes que, de hecho, reciben la técnica, son mayores, más cercanas a las “dosis terapéuticas” consideradas en la literatura, tanto entre los pacientes que completan el tratamiento como entre los que terminan de forma prematura la intervención. Como puede apreciarse en las tablas 6.7 y 6.8, la variación en las cantidades promedio del uso de técnicas respecto a las aparecidas en las tablas 6.5 y 6.6 son menores en función del porcentaje de uso de las técnicas, que se mantienen igual en el caso de las técnicas de psicoeducación, aplicadas en el 100% de la muestra.

En el caso de la cantidad de sesiones de las diferentes técnicas aplicadas a los pacientes que las reciben, en el conjunto de la muestra, que se pueden consultar en la tabla 6.7, de nuevo destacan la reestructuración cognitiva, con 9,1 sesiones en promedio en 79 pacientes, y la activación conductual, con 7,5 sesiones en promedio, también en 79 pacientes. El resto de técnicas van de las 4,7 sesiones en promedio de las técnicas de relajación, en 61 pacientes a las 3,0 sesiones de las técnicas de control del diálogo interno, en 44 pacientes. En el caso de la cantidad de sesiones de las diferentes técnicas aplicadas a los pacientes que las reciben, en la

Tabla 6.7

Número de sesiones de tratamiento de las principales técnicas en los casos en los que se aplican (N= 89).*

Nº de sesiones de psicoeducación (n = 89)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 2,7 sesiones; Dt = 2,2 sesiones.
Nº de sesiones de reestructuración cognitiva (n = 79)	Md = 7,0 sesiones; \bar{X} = 9,1 sesiones; Dt = 9,0 sesiones.
Nº de sesiones de activación conductual (n = 79)	Md = 5,0 sesiones; \bar{X} = 6,9 sesiones; Dt = 6,1 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de relajación (n = 61)	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 4,7 sesiones; Dt = 4,4 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (n = 49)	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 4,3 sesiones; Dt = 4,6 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en solución de problemas (n=45)	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 4,2 sesiones; Dt = 4,6 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de control del diálogo interno (n = 44)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 3,0 sesiones; Dt = 3,1 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de exposición (n = 22)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 3,2 sesiones; Dt = 3,4 sesiones.

** Se han incluido solamente aquellas técnicas aplicadas en el menos un 25% de los casos.*

submuestra de pacientes que completan la intervención, en la tabla 6.8 se puede apreciar como de nuevo vuelven a destacar las técnicas de reestructuración cognitiva, con un promedio de 10,3 sesiones aplicadas en 53 pacientes, y de activación conductual, con un promedio de 8,2 sesiones aplicadas en 52 pacientes. El resto de las técnicas oscila entre las 5,0 sesiones promedio de técnicas de relajación, en 43 pacientes, hasta las 3,1 sesiones en promedio de las técnicas de control del diálogo interno, aplicadas en 32 pacientes.

Tan sólo siete pacientes del total de la muestra (un 7,9% del total de la muestra), y tres pacientes en el subconjunto de pacientes que completaron el tratamiento (un 5,3% de esa

Tabla 6.8

Número de sesiones de tratamiento de las principales técnicas en los casos en los que se aplican, de entre aquellos que completan el tratamiento (n= 57).*

Nº de sesiones de psicoeducación (n = 57)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 2,9 sesiones; Dt = 2,2 sesiones.
Nº de sesiones de reestructuración cognitiva (n = 53)	Md = 8,0 sesiones; \bar{X} = 10,3 sesiones; Dt = 9,1 sesiones.
Nº de sesiones de activación conductual (n = 52)	Md = 6,5 sesiones; \bar{X} = 8,2 sesiones; Dt = 6,8 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de relajación (n=43)	Md = 4,0 sesiones; \bar{X} = 5,0 sesiones; Dt = 4,6 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (n = 39)	Md = 4,0 sesiones; \bar{X} = 4,6 sesiones; Dt = 4,8 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de control del diálogo interno (n = 32)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 3,1 sesiones; Dt = 3,5 sesiones.
Nº de sesiones de entrenamiento en solución de problemas (n=31)	Md = 3,0 sesiones; \bar{X} = 4,7 sesiones; Dt = 5,2 sesiones.
Nº de sesiones de técnicas de exposición (n = 15)	Md = 2,0 sesiones; \bar{X} = 3,9 sesiones; Dt = 4,0 sesiones.

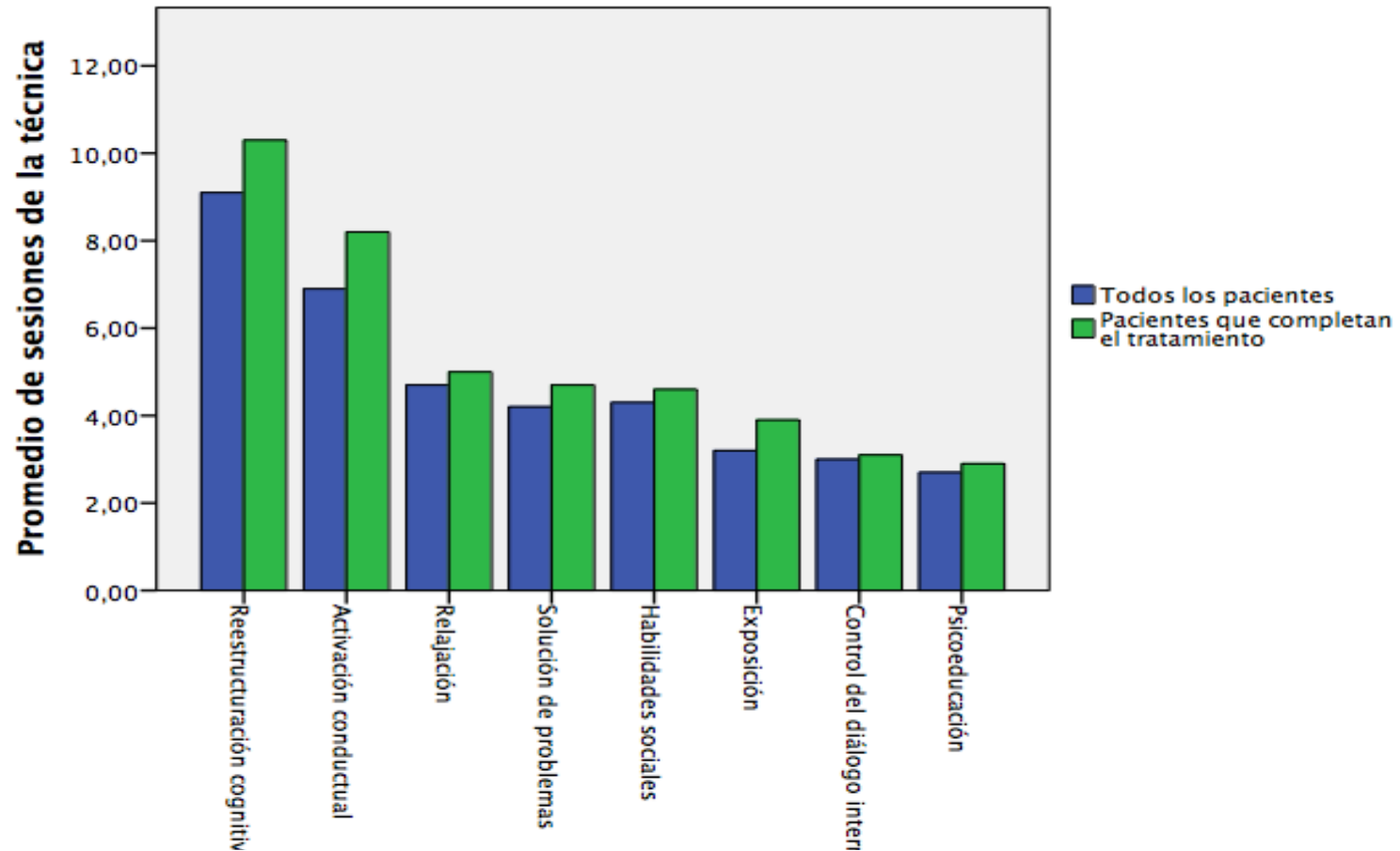
** Se han incluido solamente aquellas técnicas aplicadas en el menos un 25% de los casos.*

submuestra) recibieron todas las técnicas consideradas en las tablas 6.5 a 6.8, por lo que no se calculó la composición de un tratamiento promedio a partir de estos datos.

En la figura 6.3 puede compararse la cantidad de sesiones dedicadas a cada una de las técnicas en el conjunto de la muestra y en el subconjunto de pacientes que completan la intervención, teniendo en cuenta únicamente los pacientes con los que se emplean dichas técnicas. Como puede verse, en todas las técnicas se emplea una mayor cantidad de sesiones entre los pacientes que completan el tratamiento que entre el conjunto de la muestra, siendo esta diferencia mayor en las técnicas de reestructuración cognitiva y en las técnicas de activación conductual.

Figura 6.3

Comparativa del número de sesiones dedicadas a las principales técnicas en los pacientes que completan el tratamiento y el conjunto de la muestra, teniendo en cuenta únicamente aquellos en los que se aplica la técnica.



Nota: Se incluyen en el cómputo tan sólo las técnicas empleadas en al menos un 25% del conjunto de la muestra.

6.2 Efectividad del tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología

6.2.1 Análisis de altas y abandonos

La efectividad del tratamiento realizado en la Clínica Universitaria de Psicología con los pacientes afectados de depresión mayor pudo valorarse a partir de diversos índices. El primero de ellos es el porcentaje de pacientes que completan la intervención. De los 89 casos que la componen la muestra, en 32 (un 35,96% del total) se produjo una terminación prematura del tratamiento. En la figura 6.4 puede observarse un diagrama de sectores que refleja la distribución de las altas y abandonos en la muestra. En la tabla 6.9 pueden consultarse algunas características de los pacientes que terminan prematuramente la intervención. Como puede verse, la intervención promedio en estos casos tiene una duración de 11,9 sesiones. La adherencia a las sesiones fue valorada por los psicólogos asignados a los casos como elevada,

Figura 6.4

Resultados del tratamiento, según el abandono prematuro de la intervención o la finalización del tratamiento

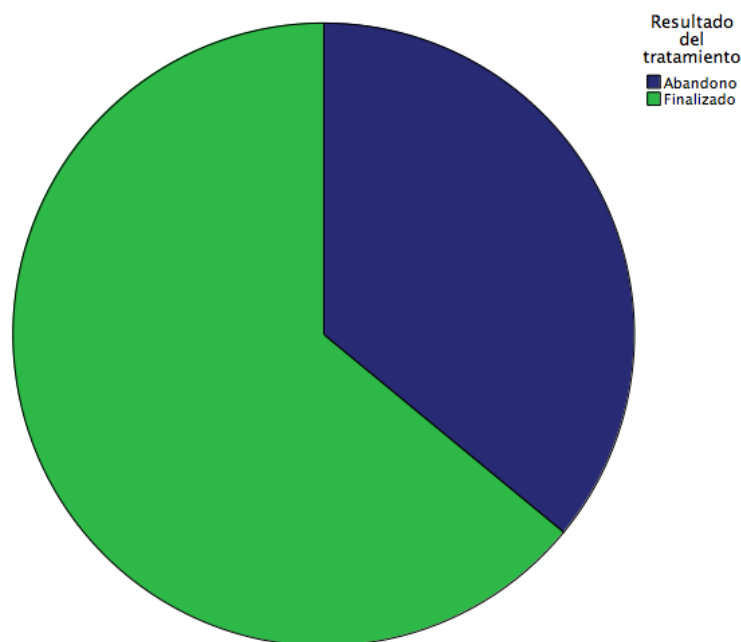


Tabla 6.9

Características de los pacientes que abandonan el tratamiento (n = 32)

Nº de sesiones de tratamiento	Md = 8,0 sesiones; \bar{X} = 11,9 sesiones ; Dt = 13,1 sesiones.
Adherencia a las sesiones	Md = 100,0%; \bar{X} = 88,3%; Dt = 20,6%.
Adherencia a las pautas	Md = 75,0%; \bar{X} = 69,7% ; Dt = 30,7%.
Razones argumentadas para abandonar el tratamiento	Falta de interés: 28,1% (n = 9); Incompatibilidad de horarios: 18,7% (n = 6); Rechazo a la derivación: 12,5% (n = 4); Condiciones económicas: 6,3% (n = 2); Alta voluntaria: 6,3% (n = 2); Otras razones: 28,1% (n = 9).

con un 88,3% de adherencia a las sesiones, y un 75,0% de adherencia a las pautas. Siendo estos valores relevantes, resultan inferiores al seguimiento del tratamiento por los pacientes que completan la intervención. En relación a las razones para la terminación prematura de la intervención, los psicólogos responsables de los casos recogieron las razones de la decisión de los pacientes que abandonaron el tratamiento como falta de interés en la intervención en 28,1% de los casos de abandono. Por otra parte, la incompatibilidad de horarios y las condiciones económicas, que se pueden considerar dificultades objetivas para el acceso al tratamiento, explicaron respectivamente un 18,8% y un 6,3% de las terminaciones prematuras de la intervención. Un 12,5% de los abandonos se puede justificar por el rechazo a la derivación propuesta; debe tenerse presente que los psicólogos residentes de la Clínica Universitaria de Psicología disfrutan de una beca de dos años de duración, al término de la cual deben derivar sus casos a otros psicólogos del servicio. Las razones de estas derivaciones son pues de naturaleza administrativa y no tienen que ver con un deseo del paciente de cambiar

de terapeuta o con una dificultad en la relación terapéutica. Por último, un 6,3% de los pacientes abandonaron el tratamiento pidiendo un alta voluntaria, es decir, por considerar que ya habían mejorado lo suficiente a pesar de la recomendación de continuar la intervención emitida por el psicólogo responsable del caso. Finalmente, en un 28,1% de los casos, el psicólogo responsable del caso codificó las razones de abandono como “otras”, sin que sea posible especificar más el contenido de esta categoría.

6.2.2 Análisis de la significación estadística y clínica del cambio en el BDI-II

El siguiente índice de la efectividad del tratamiento de la depresión aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología se basa en la reducción de las puntuaciones en el BDI-II y los índices derivados de esta. Como puede comprobarse en la tabla 6.10, la reducción de las puntuaciones del BDI-II entre la medida pretratamiento y la medida postratamiento es de un promedio de 23,1 puntos en el conjunto de la muestra, y de 26,0 puntos en el subconjunto de pacientes que completan la intervención. Es preciso señalar que estas diferencias, que se corresponderían con el análisis por intención de tratar (“*intent-to-treat*”) y el análisis de pacientes que completan la intervención (“*completers*”), presentan números elevados de valores perdidos. Específicamente, en el análisis por intención de tratar se pierden las puntuaciones de 28 casos, un 31,5% de la muestra, de los que seis son casos que completan la intervención (un 10,5% de los pacientes que terminan el tratamiento) y 22 son pacientes que terminan prematuramente el tratamiento (un 68,8% de los pacientes que abandonan); en el caso del análisis de los pacientes que completan se pierden las puntuaciones de los seis pacientes ya comentados, que suponen, como ya se ha señalado, un 10,5% de la muestra. Ahora bien, más allá de estas salvedades, las reducciones en la puntuación del BDI-II resultan claramente significativas al nivel del 99,9%, tanto en el subconjunto de pacientes que completan el tratamiento como en la totalidad de la muestra. Además, la magnitud del

Tabla 6.10

Contrastes de hipótesis sobre la magnitud y la significación del cambio terapéutico en las puntuaciones del BDI-II.

	<i>Intent to treat</i> : pacientes que inician tratamiento (N= 89)	<i>Completers</i> : pacientes que completan tratamiento (n = 57)
Puntuación pretratamiento	$\bar{X} = 33,0$; Dt = 8,7; (n = 89).	$\bar{X} = 32,6$; Dt = 8,4; (n = 57).
Puntuación postratamiento	$\bar{X} = 8,2$; Dt = 8,0; (n = 61).	$\bar{X} = 6,2$; Dt = 5,3 ; (n = 51).
Diferencia entre puntuaciones [‡]	$\bar{X} = 23,1$; Dt = 12,3; (n = 61).	$\bar{X} = 26,0$; Dt = 9,7; (n = 51).
Diferencia pre – postratamiento [‡]	$t(60) = 14,628$, $p < ,001^{***}$, IC 95% [19,770 – 26,256] ^{BCa}	$t(50) = 19,090$, $p < ,001^{***}$, IC 95% [23,400 – 28,609] ^{BCa}
TE [‡]	$g_{av} = 2,95^{BCa}$ IC (95%) [2,27 – 3,50]	$g_{av} = 3,72^{BCa}$ IC (95%) [3,07 – 4,35]

TE = Tamaño del efecto en la comparación pretatamiento – postratamiento; g_{av} = TE según la fórmula para la d de Cohen promediada (“average”) con corrección de Hedges; IC = Intervalo de confianza; BCa = Análisis realizado mediante procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos e intervalo de confianza al 95%.

[‡] Análisis realizado sobre el total de pacientes con puntuación postratamiento en el BDI-II (n = 61).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

tamaño del efecto, medida por la fórmula promediada de la d de Cohen con la corrección de Hedges, es elevada, con tamaños del efecto de 2,95 y 3,72 en el análisis por intención de tratar y el de pacientes que completan, respectivamente. Estos tamaños del efecto pueden considerarse grandes, y su contraste con los valores de comparación sugeridos por Cohen (1988) revela que las puntuaciones del análisis por intención de tratar superan en 2,15 puntos el tamaño del efecto de 0,80, considerado grande por Cohen, y en 1,80 puntos el tamaño del efecto de 1,15, considerado grande por Hopkins (2009) a partir de la conversión de las puntuaciones a un coeficiente de correlación biserial puntual. Este orden de magnitud se mantiene también para el extremo inferior del intervalo de confianza, y ocurre del mismo

modo en el análisis de pacientes que completan, que también obtiene de forma clara tamaños del efecto grandes, y superiores a los de los pacientes en el análisis por intención de tratar. Los resultados son pues, estadísticamente significativos.

A la hora de considerar la significación de la variación en las puntuaciones del BDI-II como resultado del tratamiento, es posible acudir a los índices ofrecidos en la tabla 6.11. Calculado el índice cambio fiable (ICF) para el BDI-II de acuerdo a las especificaciones de Jacobson y Truax (1991), se puede apreciar que en el análisis por intención de tratar un 88,5% de los pacientes alcanza el ICF al nivel de significación del 95%, y un 83,6% al nivel de significación del 99%. De nuevo, es preciso recordar que estas cifras se refieren a los pacientes con medidas para el BDI-II postratamiento, que suponen tan sólo el 68,5% de la muestra. En el caso del análisis de *pacientes que completan*, un 96,1% de los pacientes alcanzan el ICF al nivel de significación del 95%, y un 92,2% lo hace al nivel de significación del 99%. En esta ocasión los valores se refieren al 89,5% de los pacientes que completan la intervención con puntuaciones en el BDI-II pretratamiento. Por lo tanto, para una gran mayoría de los casos tratados, las variaciones en las puntuaciones del BDI-II superan de modo significativo el error de medida del instrumento y suponen un cambio fiable. Seguidamente, el cálculo del porcentaje de pacientes que superan el umbral de cambio clínicamente significativo (CCS) en el BDI-II, de acuerdo con el criterio “C” de Jacobson y Truax (1991) para una puntuación de corte de 14 puntos, es del 80,3% de los pacientes según el análisis por intención de tratar y del 88,2% de los pacientes según el análisis de *pacientes que completan*. Llama aquí la atención el número de pacientes que superan dicho umbral en cada condición, que es de 49 pacientes en el primer caso y de 45 en el segundo. Es decir, las puntuaciones en el BDI-II de cuatro de los pacientes que no completan la intervención (el 40% de los pacientes que terminan prematuramente el tratamiento, para los que, además, existe valoración postratamiento en el BDI-II) alcanzan el CCS. Los motivos por los que estos cuatro pacientes no completaron la intervención fueron categorizados por sus psicólogos bajo el epígrafe “otras razones” en tres casos, y como

“rechazo a la derivación propuesta” en un cuarto caso. Del mismo modo, en seis de los casos de pacientes que completaron el tratamiento, no se alcanzó el CCS, si bien cuatro de los seis sí alcanzaron el ICF.

Atendiendo a la clasificación de los casos considerando conjuntamente ICF y CCS para la reducción de las puntuaciones del BDI-II, el 78,7% de los pacientes del conjunto de la muestra para los que existen puntuaciones en el BDI-II postratamiento obtuvieron la recuperación, es decir, un cambio fiable y clínicamente significativo. En el caso de los pacientes que completan la intervención, este porcentaje es del 88,2%. Sin llegar al umbral de recuperación, pero

Tabla 6.11

Resultados de la intervención medidos mediante el BDI-II.

	<i>Intent to treat: pacientes que inician tratamiento (N= 89)</i>	<i>Completers: pacientes que completan tratamiento (n = 57)</i>
Alcanzan ICF [‡]		
% de casos que alcanza	88,5%	96,1%
ICF con $p < .05^*$	(n = 54).	(n = 49).
% de casos que alcanza	83,6%	92,2%
ICF con $p < .01^{**}$	(n = 51).	(n = 51).
Alcanzan CCS [‡]	80,3%	88,2%
	(n = 49).	(n = 45).
Resultado de la intervención [‡]	Recuperados: 78,7% (n = 48); Mejorados: 9,8% (n = 6); Remitidos: 1,1% (n = 1); Sin cambios: 8,2% (n = 5); Empeorados: 1,1% (n = 1).	Recuperados: 88,2% (n = 45); Mejorados: 7,8% (n = 4); Remitidos: 0,0% (n = 0); Sin cambios: 3,9% (n = 2); Empeorados: 0,0% (n = 0).

ICF = Índice de cambio fiable (Reducción BDI-II > 10 puntos)

CCS = Cambio clínicamente significativo según el criterio “c” de Jacobson y Truax (BDI-II < 14 puntos) .

[‡] Análisis realizado sobre el total de pacientes con puntuación postratamiento en el BDI-II (n = 61).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

experimentando mejoría, encontramos a un 9,8% de los pacientes del total de la muestra para los que se dispone de puntuación en el BDI-II postratamiento, y un 7,8% de los pacientes que completan la intervención para los que existe puntuación en el BDI-II postratamiento.

En los diez casos pacientes que terminaron prematuramente el tratamiento para los que existen valoraciones postratamiento en el BDI-II, comprobamos que se produjeron tres recuperaciones (un 30% de los casos de este subgrupo), una remisión espontánea (un 10% de los casos), y dos mejorías (20% de los casos) que no alcanzaron el umbral de CCS. Se produjo únicamente un caso de empeoramiento (un 10% de los casos) y en tres casos (30% de los casos) no se produjeron cambios. En estos casos el abandono se produjo por diversas razones: el abandono de los tres pacientes que obtuvieron la recuperación fue clasificado por los psicólogos responsables del caso bajo la categoría de “otras razones”; el paciente que obtuvo la remisión abandonó por rechazo a la derivación propuesta, motivo por el que también abandonó uno de los pacientes mejorados, siendo la razón del otro la incompatibilidad de horarios. En los tres casos en los que la intervención no produjo cambios en las puntuaciones postratamiento del BDI-II los motivos de abandono fueron la falta de interés, la incompatibilidad de horarios y otra razones. En el caso cuyas puntuaciones reflejan un empeoramiento la razón recogida para su abandono está en la categoría de “otras razones”. Por lo tanto, incluso en los casos de pacientes que terminan prematuramente la intervención se obtiene mejorías de alguna clase en el 60% de los pacientes, sin que parezca que la falta de mejoría justifique el abandono en al menos uno de los restantes casos, siendo las razones poco informativas en otros dos. Al mismo tiempo, entre los pacientes que completaron la intervención existen dos casos (un 3,9% de los pacientes que completan la intervención con puntuaciones en el BDI-II) en los que la intervención no produjo cambios, y que terminaron el tratamiento con puntuaciones en el BDI-II de 15 y 20 puntos, correspondientes, respectivamente, a una sintomatología depresiva leve y moderada.

En relación a la evolución a largo plazo de las puntuaciones del BDI-II, se dispone de medidas de la sintomatología depresiva en las sesiones de seguimiento para un reducido número de casos. Específicamente, en la primera sesión de seguimiento, típicamente a un mes del final del tratamiento, el BDI-II está disponible para diez pacientes (un 11,24% de la muestra total y un 17,54% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 6,20 puntos con una desviación típica de 4,44 puntos, correspondiente con una ausencia de sintomatología depresiva. En la segunda sesión de seguimiento, típicamente a tres meses del final del tratamiento, el BDI-II está disponible para ocho pacientes (un 8,99% de la muestra total y un 14,04% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 5,38 con una desviación típica de 5,29, correspondiente de nuevo con una ausencia de sintomatología depresiva. En la tercera sesión de seguimiento, típicamente a seis meses del final del tratamiento, el BDI-II está disponible para siete pacientes (un 7,87% de la muestra total y un 12,28% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 3,86 con una desviación típica de 2,41, correspondiente también con una ausencia de sintomatología depresiva.

6.2.3 Análisis de la significación estadística y clínica del cambio en el BAI

Un tercer índice de la efectividad del tratamiento de la depresión aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología se basa en la reducción de las puntuaciones en el BAI y los índices derivados de esta. Como puede comprobarse en la tabla 6.12, la reducción de las puntuaciones del BAI entre la medida pretratamiento y la medida postratamiento es de un promedio de 12,2 puntos en el conjunto de la muestra, y de 14,2 puntos en el subconjunto de pacientes que completan la intervención. De nuevo, es preciso señalar que estas diferencias, que se corresponderían con el análisis por intención de tratar y el análisis de pacientes que completan la intervención, presentan números elevados de valores perdidos; de hecho, muchas de las puntuaciones perdidas lo están desde la medida pretratamiento, ya que el BAI

se empleó únicamente en la evaluación de 53 de los 89 casos de la muestra total (un 59,6% de la muestra total). Específicamente, en el análisis por intención de tratar se pierden las puntuaciones de 24 casos (un 45,3% de los pacientes con puntuaciones pretratamiento en el BAI), de los que 11 son casos que completan la intervención (un 31,4% de los pacientes que terminan el tratamiento sobre aquellos con puntuaciones para el BAI pretratamiento) y 13 son pacientes que terminan prematuramente el tratamiento (un 72,2% de los pacientes que abandonan

Tabla 6.12

Contrastes de hipótesis sobre la magnitud y la significación del cambio terapéutico en las puntuaciones del BAI.

	<i>Intent to treat: pacientes que inician tratamiento (N = 89)</i>	<i>Completers: pacientes que completan tratamiento (n = 57)</i>
Puntuación pretratamiento ⁺	$\bar{X} = 20,4$; Dt = 10,1; (n = 53).	$\bar{X} = 19,5$; Dt = 10,6; (n = 35).
Puntuación postratamiento ⁺	$\bar{X} = 7,2$; Dt = 5,4; (n = 29).	$\bar{X} = 5,4$; Dt = 3,4; (n = 24).
Diferencia entre puntuaciones ⁺	$\bar{X} = 12,2$; Dt = 10,2; (n = 29).	$\bar{X} = 14,2$; Dt = 9,9; (n = 24).
Diferencia pre – postratamiento ⁺	$t(28) = 6,430$, $p < ,001^{***}$, IC 95% [8,379 – 16,345] ^{BCa}	$t(23) = 7,010$, $p < ,001^{***}$, IC 95% [10,435 – 18,473] ^{BCa}
TE ⁺	$g_{av} = 1,50^{BCa}$ IC (95%) [1,10 – 1,87]	$g_{av} = 1,99^{BCa}$ IC (95%) [1,29 – 2,69]

TE = Tamaño del efecto en la comparación pretatamiento – postratamiento; g_{av} = TE según la fórmula para la d de Cohen promediada (“average”) con corrección de Hedges; IC = Intervalo de confianza; BCa = Análisis realizado mediante procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos e intervalo de confianza al 95%.

⁺ Análisis realizado sobre el total de pacientes con puntuación postratamiento en el BAI (n = 53).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

sobre aquellos con puntuaciones para el BAI pretratamiento); en el caso del análisis de los pacientes que completan, de los 35 pacientes con puntuaciones en el BAI pretratamiento que completan la intervención, se pierden las puntuaciones de los 11 pacientes ya comentados, que suponen un 31,4% de la muestra. En el conjunto de pacientes restante, las reducciones en la puntuación del BAI resultan claramente significativas al nivel del 99,9% de confianza, tanto en el subconjunto de pacientes que completan el tratamiento como en la totalidad de la muestra. Además, la magnitud del tamaño del efecto, medida por la fórmula promediada de la d de Cohen con la corrección de Hedges es elevada, con tamaños del efecto de 1,50 y 1,99 en el análisis por intención de tratar y el de pacientes que completan, respectivamente. Estos tamaños del efecto pueden considerarse grandes, y su comparación con los valores de comparación sugeridos por Cohen (1988) revela que las puntuaciones del análisis por intención de tratar superan en 0,70 puntos el tamaño del efecto de 0,80, considerado grande por Cohen, y en 0,35 puntos el tamaño del efecto de 1,15, considerado grande por Hopkins (2009) a partir de la conversión de las puntuaciones a un coeficiente de correlación biserial puntual. Este orden de magnitud se mantiene también para el extremo inferior del intervalo de confianza, y ocurre del mismo modo en el análisis de pacientes que completan, que también obtiene de forma clara tamaños del efecto grandes, y superiores a los de los pacientes en el análisis por intención de tratar. Los resultados son pues, estadísticamente significativos.

A la hora de considerar la significación clínica de la variación en las puntuaciones del BAI como resultado del tratamiento, se puede acudir a los índices ofrecidos en la tabla 6.13. Calculado el índice cambio fiable (ICF) para el BAI de acuerdo a las especificaciones de Jacobson y Truax (1991), es posible apreciar que en el análisis por intención de tratar un 51,7% de los pacientes alcanza el ICF al nivel de significación del 95%, y un 37,9% al nivel de significación del 99%. De nuevo, es preciso recordar que estas cifras se refieren a los pacientes con medidas para el BAI postratamiento, que suponen tan sólo el 32,6% de la muestra total, y el 54,7% de los pacientes

Tabla 6.13

Resultados de la intervención medidos mediante el BAI.

	<i>Intent to treat: pacientes que inician tratamiento (N = 89)</i>	<i>Completers: pacientes que completan tratamiento (n = 57)</i>
Alcanzan ICF ⁺ :		
% de casos que alcanza	51,7% ⁺	62,5% ⁺
ICF con $p < .05$ *	(n = 15).	(n = 15).
% de casos que alcanza	37,9% ⁺	45,8% ⁺
ICF con $p < .01$ **	(n = 11).	(n = 11).
Alcanzan CCS ⁺ :	86,2% ⁺	100,0% ⁺
	(n = 25).	(n = 24).
Resultado de la intervención ⁺	Recuperados: 51,7% (n = 15); Mejorados: 0,0% (n = 0); Remitidos: 31,5% (n = 10); Sin cambios: 13,8% (n = 4); Empeorados: 0,0% (n = 0).	Recuperados: 62,5% (n = 15); Mejorados: 0,0% (n = 0); Remitidos: 37,5% (n = 9); Sin cambios: 0,0% (n = 0); Empeorados: 0,0% (n = 0).

ICF = Índice de cambio fiable (reducción BAI > 11 puntos)

CCS = Cambio clínicamente significativo según el criterio "c" de Jacobson y Truax (BAI < 14 puntos).

⁺ Análisis realizado sobre los pacientes que completan el tratamiento con puntuación postratamiento en el BAI (n = 29) * $p < .05$

** $p < .01$ *** $p < .001$

con puntuación pretratamiento en el BAI. En el caso del análisis de *pacientes que completan*, un 62,5% de los pacientes alcanzan el ICF al nivel de significación del 95%, y un 45,8% lo hace al nivel de significación del 99%. Por lo tanto, en algo más del 50% de los casos tratados, las variaciones en las puntuaciones del BAI superan de modo significativo el error de medida del instrumento y suponen un cambio fiable. Seguidamente, el cálculo del porcentaje de pacientes que superan el umbral de cambio clínicamente significativo (CCS) en el BAI, de acuerdo con el criterio "C" de Jacobson y Truax (1991) para una puntuación de corte de 14 puntos, es del 86,2% de los pacientes según el análisis por intención de tratar y del 100,0% de los pacientes según el análisis de *pacientes que completan*. A la hora de analizar las evidentes diferencias entre los pacientes que alcanzan el ICF y los que alcanzan CCS, conviene recordar que sólo un

15,7% del total de la muestra es diagnosticado de algún trastorno de ansiedad (un 20,8% de los pacientes a los que se aplica el BAI en el proceso de evaluación); del mismo modo, la puntuación pretratamiento promedio en el BAI es de 20,4 puntos con una desviación típica de 10,1 puntos, por lo que la distribución de las puntuaciones cubre buena parte del espectro de población no clínica. De acuerdo con ello, 13 casos, un 24,6% de los pacientes con puntuación en el BAI pretratamiento, se encuentran desde el inicio de la intervención por debajo del umbral de CCS y deben ser considerados “no casos” a propósito de sus niveles de ansiedad. Consistente con esta observación es también el alto porcentaje de pacientes remitidos, es decir, aquellos que superan el umbral de CCS pero no el de ICF. Se da también el caso de un paciente que abandona prematuramente la intervención y que supera el umbral de CCS. Los motivos por los que este paciente no completó la intervención fueron categorizados por su psicólogo bajo el epígrafe “otras razones”. No se da el caso de que un paciente con puntuaciones para el BAI complete el tratamiento sin estar por debajo del umbral de CCS.

Atendiendo a la clasificación de los casos considerando conjuntamente ICF y CCS para la reducción de las puntuaciones del BDI-II, el 51,7% de los pacientes del conjunto de la muestra para los que existen puntuaciones en el BAI postratamiento obtuvieron la recuperación, es decir, un cambio fiable y clínicamente significativo. En el caso de los pacientes que completan la intervención, este porcentaje es del 62,5%, si bien se refiere exactamente a los mismos 15 pacientes.

En los cinco casos de pacientes que terminaron prematuramente el tratamiento para los que existen valoraciones postratamiento en el BAI, comprobamos que se dieron una remisión espontánea (un 20% de los casos), y cuatro casos (80%) en los que no se produjeron cambios. En estos casos el abandono se produjo por diversas razones: el paciente que obtuvo la remisión abandonó por “otras razones”, mientras que en el abandono de los cuatro pacientes en los que la intervención no produjo cambios en las puntuaciones postratamiento del BAI los

motivos de abandono fueron la incompatibilidad de horarios y “otras razones”. No se dieron casos de mejoría que no fuera clínicamente significativa, y tampoco casos de empeoramiento.

En relación a la evolución a largo plazo de las puntuaciones del BAI, se dispone de medidas de la sintomatología ansiosa en las sesiones de seguimiento para un reducido número de casos. Específicamente, en la primera sesión de seguimiento, típicamente a un mes del final del tratamiento, el BAI está disponible para seis pacientes (un 6,74% de la muestra total y un 10,53% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 7,33 puntos con una desviación típica de 3,78 puntos, correspondiente con una sintomatología ansiosa mínima. En la segunda sesión de seguimiento, típicamente a tres meses del final del tratamiento, el BAI está disponible para cinco pacientes (un 5,62% de la muestra total y un 8,77% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 4,20 con una desviación típica de 3,77, correspondiente de nuevo con una sintomatología ansiosa mínima. En la tercera sesión de seguimiento, típicamente a seis meses del final del tratamiento, el BAI está disponible para cuatro pacientes (un 4,49% de la muestra total y un 7,02% de los pacientes que completan la intervención). La puntuación media en esta sesión es de 5,00 con una desviación típica de 4,32, correspondiente también con una sintomatología ansiosa mínima.

6.3 Variables que influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología

6.3.1 Análisis de diferencias entre los pacientes que acaban y los que abandonan el tratamiento.

La submuestra de pacientes que completaron el tratamiento y la submuestra de pacientes que terminaron prematuramente la intervención fueron analizadas en busca de diferencias entre

ambas. En la tabla 6.14 pueden observarse las variables en las que aparecieron diferencias significativas, así como los pormenores de la comparación.

Específicamente, los pacientes que abandonaron la intervención obtuvieron una puntuación significativamente superior, al 95% de confianza, a la de los pacientes que completaron la

Tabla 6.14

Diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento (n = 32) y los que completan (n = 57)

SCL-90-R: ISG (n = 60).	Pacientes que abandonan (n = 24) \bar{X} = 1,58; Dt = 0,60.	$t(58) = 2,139$, $p = ,037^*$, (bilateral), $g_{av} = 0,56$, IC 95% [0,03 , 1,09].
	Pacientes que completan (n = 36) \bar{X} = 1,27; Dt = 0,51.	
Nº de sesiones de tratamiento (N = 89).	Pacientes que abandonan (n = 32) \bar{X} = 11,88; Dt = 13,11.	$t(87) = -2,989$, $p = ,004^{**}$, (bilateral), $g_{av} = -0,65$, IC 95% [-1,10 , -0,21].
	Pacientes que completan (n = 57) \bar{X} = 21,47; Dt = 15,27.	
Nº de técnicas aplicadas (N = 89).	Pacientes que abandonan (n = 32) \bar{X} = 5,38; Dt = 2,94.	$t(48,42)^{\wedge} = -2,950$, $p = ,005^{**}$, (bilateral), $g_{av} = -0,65$, IC 95% [-1,09 , -0,20].
	Pacientes que completan (n = 57) \bar{X} = 7,11; Dt = 2,06	
Grado de adherencia a las sesiones (N = 89).	Pacientes que abandonan (n = 32) \bar{X} = 88,31%; Dt = 20,58%.	$t(39,55)^{\wedge} = -2,313$, $p = ,036^*$, (bilateral), $g_{av} = -0,51$, IC 95% [-0,95 , -0,06] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) \bar{X} = 97,28%; Dt = 10,10%.	
Grado de adherencia a las tareas (N = 89).	Pacientes que abandonan (n = 32) \bar{X} = 69,69%; Dt = 30,72%.	$t(42,52)^{\wedge} = -2,698$, $p = ,009^{**}$, (bilateral), $g_{av} = -0,59$, IC 95% [-1,03 , -0,15] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) \bar{X} = 85,61%; Dt = 17,78%.	

SCL-90-R: ISG = Subescala "índice de severidad global" del Symptom Checklist Revised (Derogatis, 1983, 2002). BCa = Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos e intervalo de confianza al 95%.

[^] Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la ausencia de homoscedasticidad

* $p < .05$ ** $p < .01$

misma en la subescala de índice de severidad global del SCL-90-R. Esta diferencia se tradujo en un tamaño del efecto de $g_{av} = 0,56$, mediano según la clasificación de Cohen (1988), y de magnitud cercana a la moderada según la clasificación de Hopkins (2009); las diferencias entre uno y otro grupo pueden observarse también en la figura 6.5. Del mismo modo, los tratamientos de los pacientes que abandonaron prematuramente la intervención fueron significativamente más cortos que los de los pacientes que terminaron el tratamiento, al 99% de confianza. Esta diferencia, de alrededor de 10 sesiones, se tradujo en un tamaño del efecto de $g_{av} = -0,65$, medio - alto según la clasificación de Cohen (1988), y de magnitud moderada según la clasificación de Hopkins (2009); las diferencias entre uno y otro grupo pueden observarse también en la figura 6.6. Hubo también diferencias significativas al 99% de confianza en el número de técnicas que compusieron las intervenciones de uno y otro grupo de pacientes, tal y como puede apreciarse en la figura 6.7. Esta diferencia se tradujo en un tamaño del efecto de $g_{av} = -0,65$, medio según la clasificación de Cohen (1988), y de magnitud moderada según la clasificación de Hopkins (2009). La adherencia a las sesiones resulto igualmente significativa al 95% de confianza, con los pacientes que abandonaron prematuramente la intervención mostrando una adherencia significativamente inferior a las sesiones, con un tamaño del efecto de $g_{av} = -0,51$, mediano según la clasificación de Cohen (1988), y de magnitud cercana a la moderada según la clasificación de Hopkins (2009); las diferencias entre uno y otro grupo pueden observarse también en la figura 6.8, donde llama la atención la escasa variabilidad de las valoraciones de los pacientes que completan el tratamiento. Por ultimo, la adherencia a las pautas resulto igualmente significativa al 99% de confianza, con los pacientes que abandonaron prematuramente la intervención mostrando una adherencia significativamente inferior a las tareas pautadas, con un tamaño del efecto de $g_{av} = -0,59$, mediano según la clasificación de Cohen (1988), y de magnitud cercana a la moderada según la clasificación de Hopkins (2009); las diferencias entre uno y otro grupo

Figura 6.5

Diferencias en las puntuaciones pretratamiento del SCL-90-R en el índice de severidad global entre los pacientes que abandonan y los que completan el tratamiento (n = 60).

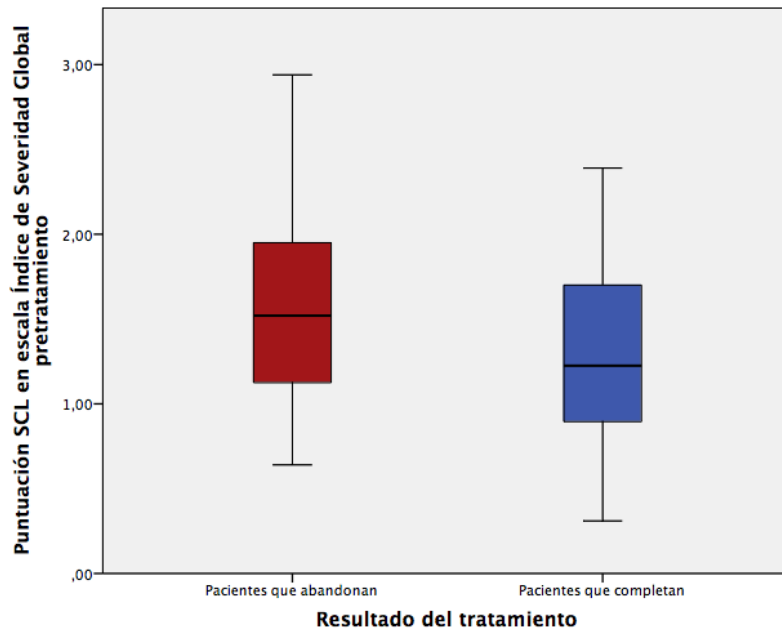


Figura 6.6

Diferencias en el número de sesiones de tratamiento recibidas por los pacientes que abandonan y los que completan el tratamiento (N = 89).

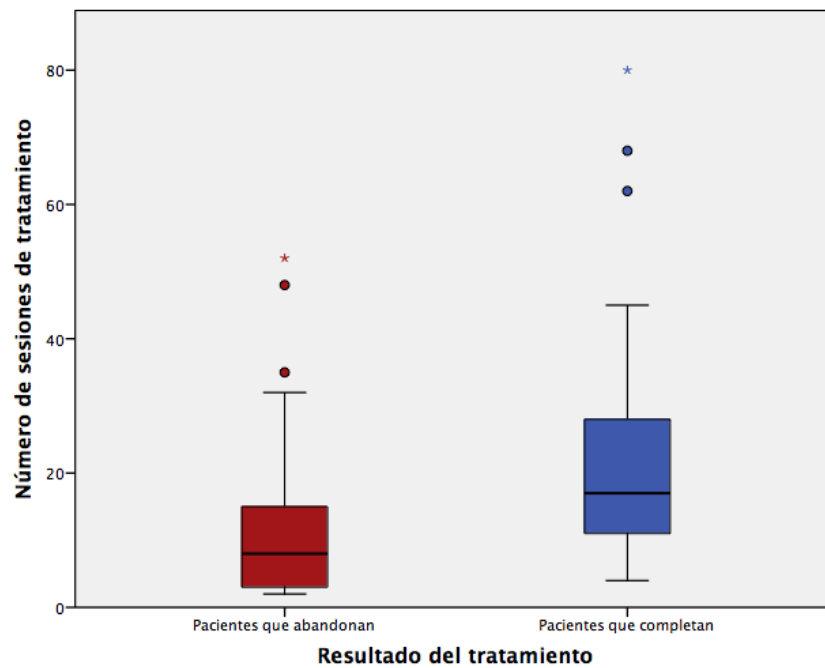


Figura 6.7

Diferencias en el número de técnicas de tratamiento aplicadas a los pacientes que abandonan y los que completan el tratamiento (N = 89).

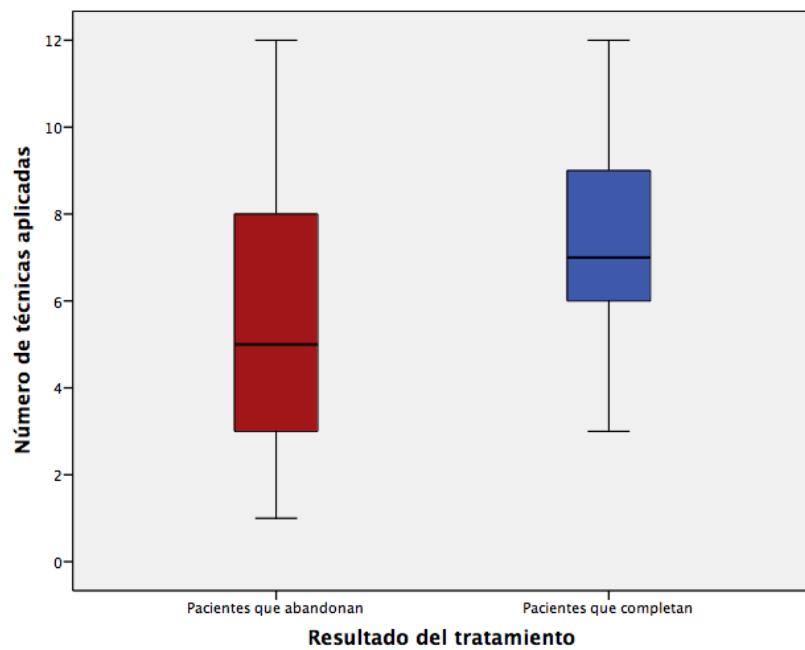


Figura 6.8

Diferencias en el grado de adherencia a las sesiones entre los pacientes que abandonan y los que completan el tratamiento (N = 89).

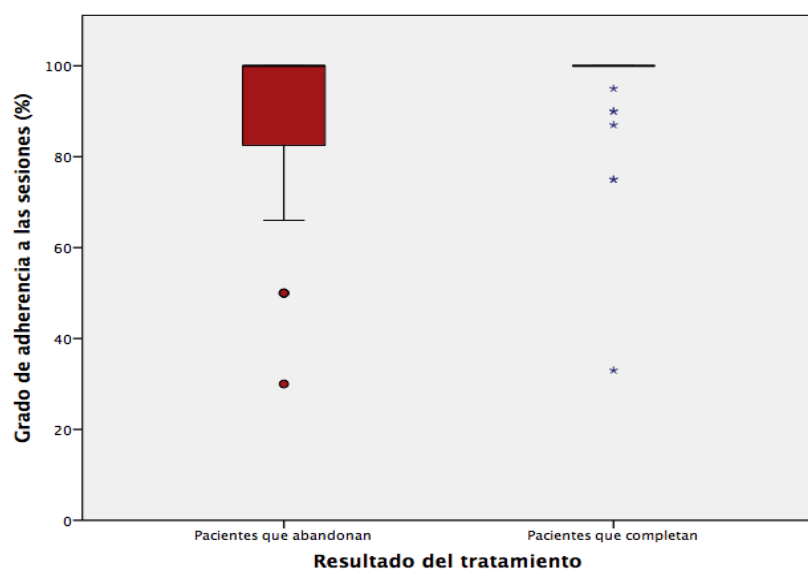
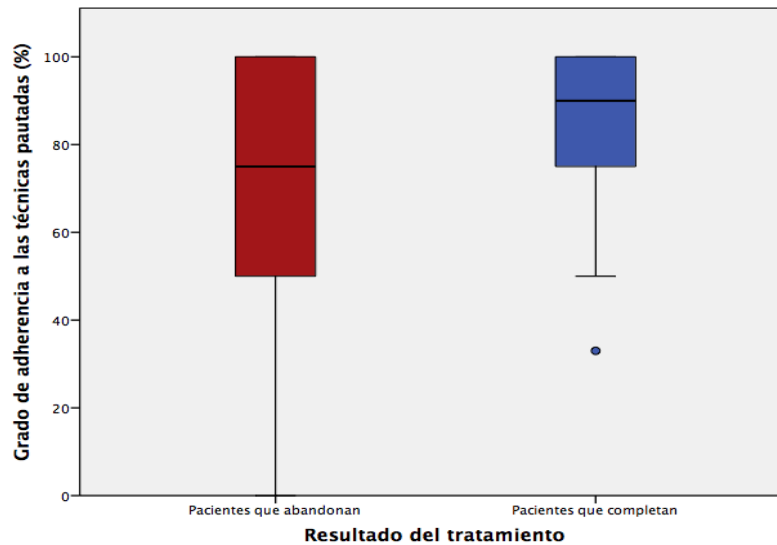


Figura 6.9

Diferencias en el grado de adherencia a las pautas entre los pacientes que abandonan y los que completan el tratamiento (N = 89).



pueden observarse también en la figura 6.9. Resumidamente, los pacientes que no lograron completar el tratamiento se adhirieron peor a las sesiones y las pautas, abandonaron sus tratamientos tempranamente, recibiendo menos sesiones que el promedio de pacientes que completaron la intervención, y mostraban una mayor gravedad en el índice de severidad global del SCL-90-R, pero no así en las otras medidas de cuestionario. Debe hacerse notar que la comparación de puntuaciones del SCL-90-R no se realiza con todos los sujetos de la muestra, sino que se restringe a los 60 casos en los que el SCL-90-R fue aplicado como parte de la evaluación pretratamiento, y que suponen un 67,4% de la muestra total. El resto de predictores no significativos se puede consultar en el Anexo II.

6.3.2 Análisis de los predictores de la magnitud del cambio en las puntuaciones del BDI-II y del BAI.

Diferentes grupos de variables fueron analizados en relación al cambio en las puntuaciones del BDI-II y del BAI, con la finalidad de encontrar posibles variables moderadoras del resultado de la intervención. Específicamente, se analizó el papel de estas variables sobre la reducción

bruta de las puntuaciones del BDI-II y del BAI, así como de los índices de cambio fiable (ICF) y cambio clínicamente significativo (CCS) de cada cuestionario.

6.3.2.1 Variables de confundido y BDI-II.

En primer lugar, se consideró el grupo de variables consideradas de confundido y que podían estar introduciendo heterogeneidad en los resultados: la pertenencia a la comunidad universitaria, el diagnóstico de depresión o de distimia, y el método diagnóstico, mediante entrevista clínica estructurada o mediante el punto de corte de 25 puntos en el BDI-II y el juicio clínico del psicólogo responsable del caso. En la tabla 6.15 puede apreciarse el efecto de estas variables en el cambio en las puntuaciones del BDI-II; como se puede observar, la pertenencia a la comunidad universitaria no moderaba la reducción en las puntuaciones del BDI-II ni la proporción de casos que alcanzaban el ICF o el CCS de modo significativo, con tamaños del efecto pequeños o moderados que favorecen a los pacientes pertenecientes a la comunidad universitaria ($g_{av} = 0,34$ para la reducción de puntuaciones en el BDI-II; $OR = 2,89$ para el CCS y $OR = 1,28$ para el ICF). Los intervalos de confianza al 95% resultan sensiblemente amplios, especialmente en las comparaciones de proporciones, en las que hubo de acudir al estadístico exacto de Fisher debido al escaso número de pacientes de fuera de la comunidad universitaria para los que están disponibles las puntuaciones postratamiento del BDI-II. Dada la relación de la pertenencia a la comunidad universitaria con la tarifa aplicada a las sesiones, se comparó la duración del tratamiento de los pacientes pertenecientes a la comunidad universitaria ($n = 57$; $\bar{X} = 15,44$ sesiones; $Dt = 11,88$), que disfrutaban de un precio de las sesiones en la Clínica Universitaria de Psicología reducido en un 50%, con los pacientes que abonaron la tarifa completa ($n = 32$; $\bar{X} = 22,63$ sesiones; $Dt = 19,11$). En esta comparación no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($t(44,75) = 1,929$, $p = ,070$); $g_{av} = 0,42$ [$-0,02$, $0,86$]. El tamaño del efecto fue pequeño de acuerdo con los valores normativos de Cohen (1988) y Hopkins (2009). Comparando los pacientes que pagaban la tarifa completa ($n = 32$; 31,3% de abandonos) con los que pagaban la tarifa reducida ($n = 57$; 38,6% de

abandonos) tampoco hubo más abandono del tratamiento ($\chi^2(1, N=89) = 0,480, p = .488, OR = 0,72, IC\ 95\% [0,29, 1,81].$)

En relación al diagnóstico de depresión o de distimia, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro grupo, con un tamaño del efecto pequeño y con un amplio intervalo de confianza a favor de la reducción de las puntuaciones en pacientes distímicos frente a los pacientes depresivos. Tanto para el ICF como para el CCS, el 100% de pacientes distímicos obtuvo la mejoría, por lo que no fue posible calcular la OR para esas comparaciones. Por último, la comparación entre los pacientes diagnosticados mediante entrevista estructurada y los pacientes diagnosticados mediante BDI-II y juicio clínico, se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos en la reducción de puntuaciones del BDI-II y en la proporción de pacientes que alcanzaban el ICF, superior en ambos casos entre los pacientes diagnosticados con el BDI-II y el juicio clínico. Las diferencias entre ambos grupos en la reducción de las puntuaciones del BDI-II y la proporción de casos que alcanza el ICF se pueden apreciar en las figuras 6.10 y 6.11, respectivamente. Como se puede apreciar en la tabla 6.15, el tamaño del efecto en la reducción de puntuaciones en el BDI-II fue de $g_{av} = 0,54$, un tamaño del efecto moderado según Cohen (1988) y de pequeño a medio según Hopkins (2009), y el tamaño del efecto sobre la proporción de casos que alcanzan ICF fue de $OR = 0,12$ (88,0% menos probabilidades de alcanzar el ICF para los pacientes evaluados mediante SCID). Si bien el resultado no es significativo, llama la atención que el efecto del método diagnóstico sobre la proporción de casos que alcanza CCS va en dirección contraria, con un $OR = 1,24$ (24,0% más probabilidades de alcanzar CCS). Ante este resultado se utilizó una prueba de t de Student, realizada mediante un procedimiento de “Boostrapping” de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos, e intervalo de confianza al 95%, para comparar la puntuación pretratamiento en el BDI-II del grupo de pacientes evaluado mediante SCID ($n = 28; \bar{X} = 28,61; Dt = 8,58$ puntos) y del grupo evaluado mediante BDI-II y juicio clínico ($n = 33; \bar{X} = 33,45; Dt = 4,43$ puntos). Las puntuaciones pretratamiento del grupo evaluado mediante BDI-

Tabla 6.15

Análisis del efecto de potenciales variables de confundido en la reducción de las puntuaciones del BDI-II

	Reducción en las puntuaciones del BDI-II (n = 61)		CCS alcanzado en el BDI-II (n = 61)		ICF alcanzado en el BDI-II (n = 61)	
Pertenencia a la comunidad universitaria.	Sí (n = 55) $\bar{X} = 22,93$; Dt = 11,26.	$t(59) = -1,306$, $p = .197$, $g_{av} = -0,34$, IC 95% [-0,87, 0,19].	Sí: 86,8% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 2,706$, $p = .182^\dagger$, $OR = 2,89$, IC 95% [0,79, 10,52].	Sí: 89,5% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 0,890$, $p = 1.000^\dagger$, $OR = 1,28$, IC 95% [0,26, 6,29].
	No (n = 6) $\bar{X} = 24,33$; Dt = 21,18.		No: 69,6% alcanza CCS		No: 87,0% alcanza ICF	
Diagnóstico principal	Depresión (n = 54) $\bar{X} = 22,61$; Dt = 12,94.	$t(59) = -0,798$ $p = .428$, $g_{av} = -0,32$, IC 95% [-1.11, 0.48].	Depresión: 85,7% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 1,937$, $p = .327^\dagger$, $OR = n.d.$	Depresión: 87,0% alcanzan ICF	$\chi^2(1, N=61) = 1,025$, $p = .586^\dagger$, $OR = n.d.$
	Distimia (n = 7) $\bar{X} = 26,57$; Dt = 4,58.		Distimia: 100,0% alcanza CCS		Distimia: 100,0% alcanzan ICF	
Método diagnóstico	SCID (n = 28) $\bar{X} = 19,54$; Dt = 14,22.	$t(59) = -2,121$ $p = .038^*$, $g_{av} = -0,54$, IC 95% [-1,05, -0,02].	SCID: 82,1% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 0,108$, $p = 1.000^\dagger$, $OR = 1,24$, IC 95% [0,35, 4,44].	SCID: 78,6% alcanzan ICF	$\chi^2(1, N=61) = 5,047$, $p = .041^{**}$, $OR = 0,12$, IC 95% [0,01, 1,02].
	BDI-II (n = 33) $\bar{X} = 26,06$; Dt = 9,67.		BDI-II: 78,8% alcanza CCS		BDI-II: 97,0% alcanzan ICF	

CCS: Cambio clínicamente significativo.

ICF: Índice de cambio fiable.

† Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher

$^\wedge$ Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la ausencia de homoscedasticidad

n.d. Razón de probabilidades no disponible por la presencia de casillas con valor 0 en la tabla de contingencia.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Figura 6.10

Diferencias en la reducción de las puntuaciones del BDI-II pretratamiento en función del método diagnóstico empleado en la evaluación.

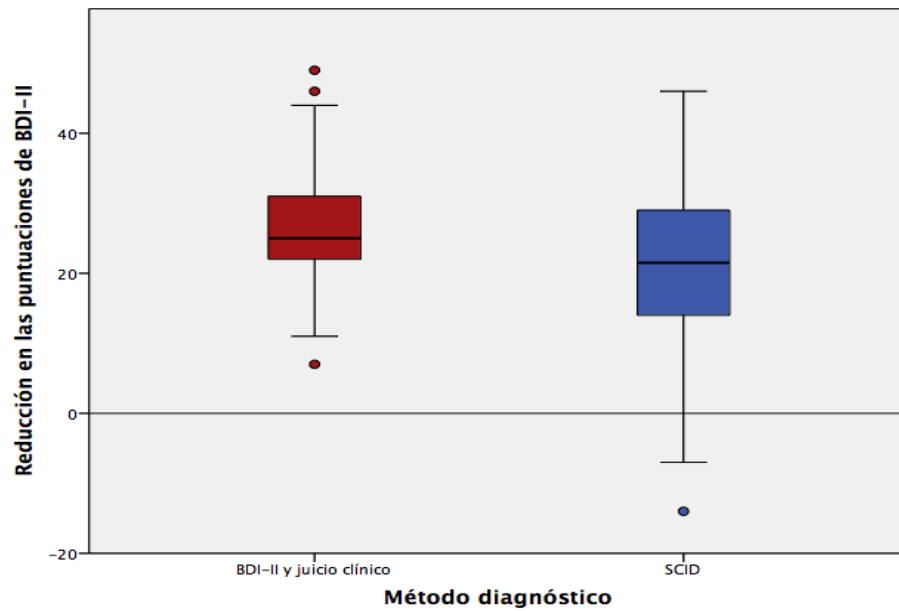
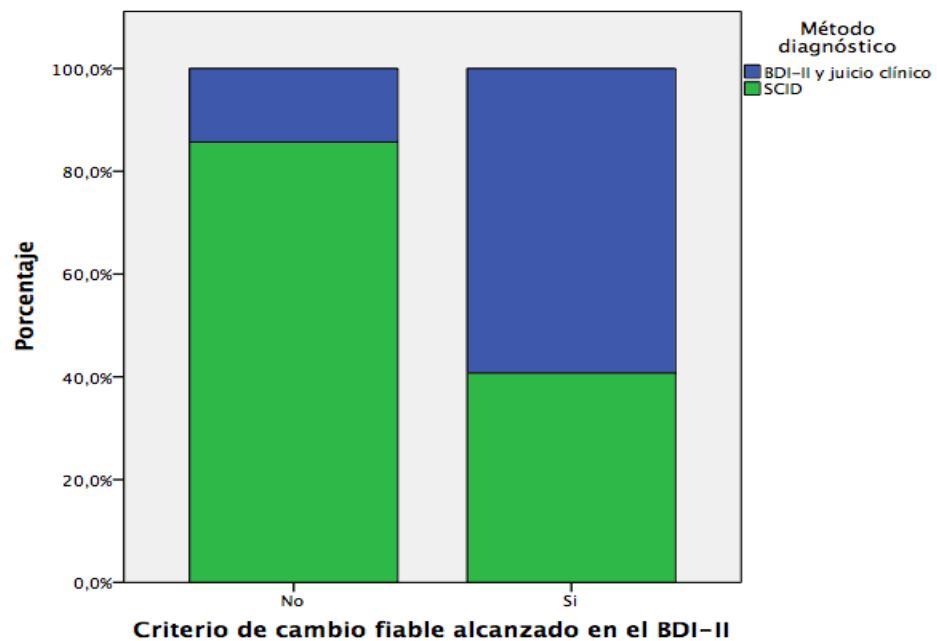


Figura 6.11

Porcentaje de pacientes que alcanza el índice de cambio fiable para el BDI-II a partir del uso del método diagnóstico empleado en la evaluación.



II y juicio clínico resultaron significativamente mayores al 95% de confianza ($t(59) = 2,37$; $p = .026^*$; IC 95% [0,784 , 9,105]). El tamaño del efecto de la diferencia fue medio según Cohen (1988) y Hopkins (2009) ($g_{av} = 0,60$; IC 95% [0.08 , 1.12]). Otra diferencia encontrada entre ambos grupos se refiere a la probabilidad de mostrar comorbilidad; los pacientes que recibieron un diagnóstico por SCID ($n = 38$; 47,1% de comorbilidad), comparados con los pacientes diagnosticados por BDI-II más juicio clínico ($n = 51$; 21,6% de comorbilidad), mostraron significativamente más comorbilidad ($\chi^2(1, N=89) = 6,598$, $p = .010$; $OR = 3,27$, IC 95% [1,30 , 8,23].)

6.3.2.2 Variables de confundido y BAI.

El mismo análisis se llevó a cabo sobre las puntuaciones del BAI, como se puede comprobar en la tabla 6.16. En esta comparación, ninguna de las variables consideradas resultó estadísticamente significativa. Sin embargo, conviene destacar el reducido número de sujetos en la comparación global (sólo 29) y en algunos de los grupos de la comparación, con tan sólo nueve o siete sujetos; de hecho, las puntuaciones en el BAI no estaban disponibles para ninguno de los 17 sujetos diagnosticados de distimia. En este sentido, se comprueba que ninguno de los pacientes diagnosticado de distimia fue diagnosticado de trastorno de ansiedad, y que sus puntuaciones pre tratamiento en el BAI, en los casos en los que se aplicó esta prueba, eran leves ($n = 7$; $\bar{X} = 15,43$; $Dt = 3,56$ puntos).

6.3.2.3 Gravedad pretratamiento y BDI-II.

La gravedad de los pacientes fue operativizada a partir de las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento en los principales cuestionarios, más la puntuación EEAG del DSM-IV-TR. En esta comparación no se tuvieron en cuenta las puntuaciones del MCMI al darse puntuaciones de dos versiones distintas de la prueba. Los resultados del análisis se pueden consultar en la tabla 6.17. Como se puede apreciar también en la figura 6.12, la puntuación EEAG pretratamiento de los pacientes que alcanzaron el ICF resultó significativamente mayor que en los pacientes que no alcanzaron dicho umbral, con un tamaño del efecto grande según Cohen

Tabla 6.16
Análisis del efecto de potenciales variables de confundido en la reducción de las puntuaciones del BAI

	Reducción en las puntuaciones del BAI (n = 29)		CCS alcanzado en el BAI (n = 29)		ICF alcanzado en el BAI (n = 29)	
Pertenencia a la comunidad universitaria.	Sí (n = 20) \bar{X} =14,15; Dt = 10,53.	$t(27) = 1,656$, $p = .129$, $g_{av} = 0,65$,	Sí: 95,0% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 4,191$, $p = .076^\dagger$, $OR = 9,50$,	Sí: 44,4% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,277$, $p = .700^\dagger$, $OR = 1,53$
	No (n = 9) \bar{X} = 7,89; Dt = 8,51.	IC 95% [-0,18 , 1,47].	No: 66,7% alcanza CCS	IC 95% [0,83 , 109,24].	No: 55,0% alcanza ICF	IC 95% [0,31 , 7,44].
Diagnóstico principal.	Depresión (n = 29) \bar{X} = 12,21; Dt =10,22.		Depresión: 86,2% alcanza CCS		Depresión: 51,7% alcanza ICF	
	+	+	+	+	+	+
Método diagnóstico.	BDI-II (n = 7) \bar{X} = 13,86; Dt = 14,86.	$t(7,34)^\wedge = -0,368$, $p = .723$, $g_{av} = -0,16$	BDI-II: 85,7% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,002$, $p = 1.000^\dagger$, $OR = 1,06$	BDI-II: 57,1% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,109$, $p = 1.000^\dagger$, $OR = 0,75$
	SCID (n = 22) \bar{X} = 11,68; Dt = 8,67.	IC 95% [-1,02 , 0,71].	SCID: 86,4 % alcanza CCS	IC 95% [0,92 , 12,14].	SCID: 50,0% alcanza ICF	IC 95% [0,14 , 4,17].

CCS: Cambio clínicamente significativo.
ICF: Índice de cambio fiable.
+ Sin valores de BAI postratamiento para los pacientes distímicos
† Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher
^ Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la heteroscedasticidad.
* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 6.17

Análisis del efecto de las medidas pretratamiento en la reducción de las puntuaciones del BDI-II.

	Reducción en las puntuaciones del BDI-II (n = 61)	CCS alcanzado en el BDI-II (n = 61)	ICF alcanzado en el BDI-II (n = 61)
Gravedad medida por EEAG (n = 89)	$r = 0,210$, $p = .313$, IC 95% [-0,32 , 0,67]. BCa	Sí (n = 49) $\bar{X} = 59,06$; Dt = 9,19. No (n = 12) $\bar{X} = 55,67$; Dt = 6,73.	$t(59) = 1,200$ $p = .153$, $g_{av} = 0,38$, IC 95% [-0,26 , 1,02] BCa
Gravedad medida por BDI-II pretratamiento (n = 89)	$r = 0,699$, $p < .001^{***}$, IC 95% [0,37 , 0,93]. BCa	Sí (n = 49) $\bar{X} = 31,90$; Dt = 7,93. No (n = 12) $\bar{X} = 28,50$; Dt = 9,44.	$t(59) = 1,282$ $p = .252$, $g_{av} = 0,41$, IC 95% [-0,23 , 1,05] BCa
Gravedad medida por BAI pretratamiento (n = 53)	$r = -0,030$ $p = .880$ IC 95% [-0,51 , 0,45]. BCa	Sí (n = 32) $\bar{X} = 17,69$; Dt = 9,76. No (n = 6) $\bar{X} = 24,67$; Dt = 7,53.	$t(36) = -1,654$ $p = .041^*$, $g_{av} = -0,72$, IC 95% [-1,62 , -0,18]. BCa 1998
Gravedad medida por SCL-TDM pretratamiento (n = 60)	$r = 0,244$ $p = .240$ IC 95% [-0,12 , 0,64]. BCa	Sí (n = 33) $\bar{X} = 2,22$; Dt = 0,60. No (n = 6) $\bar{X} = 2,31$; Dt = 0,71.	$t(37) = -0,309$ $p = .759$ $g_{av} = -0,13$, IC 95% [-1,02 , 0,75].
Gravedad medida por SCL-MRSP pretratamiento (n = 60)	$r = 0,254$ $p = .220$ IC 95% [-0,10 , 0,61]. BCa	Sí (n = 33) $\bar{X} = 2,07$; Dt = 0,36. No (n = 6) $\bar{X} = 2,00$; Dt = 0,46.	$t(37) = 0,427$ $p = .672$, $g_{av} = 0,19$, IC 95% [-0,70 , 1,07].
Gravedad medida por SCL-ISG pretratamiento (n = 60)	$r = -0,052$ $p = .806$ IC 95% [-0,48 , 0,54]. BCa	Sí (n = 33) $\bar{X} = 1,32$; Dt = 0,48. No (n = 6) $\bar{X} = 1,56$; Dt = 0,82.	$t(5,57) = -1,003$ $p = .322$, $g_{av} = -0,44$, IC 95% [-1,32 , 0,45].

CCS: Cambio clínicamente significativo. ICF: Índice de cambio fiable; BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la casilla.

+La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudios superiores (bachillerato, e. universitarios) y estudios básicos (completos e incompletos).

* Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher.

^ Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la heteroscedasticidad.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figura 6.12

Diferencias en las puntuaciones de la EEAG pretratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio fiable en el BDI-II.

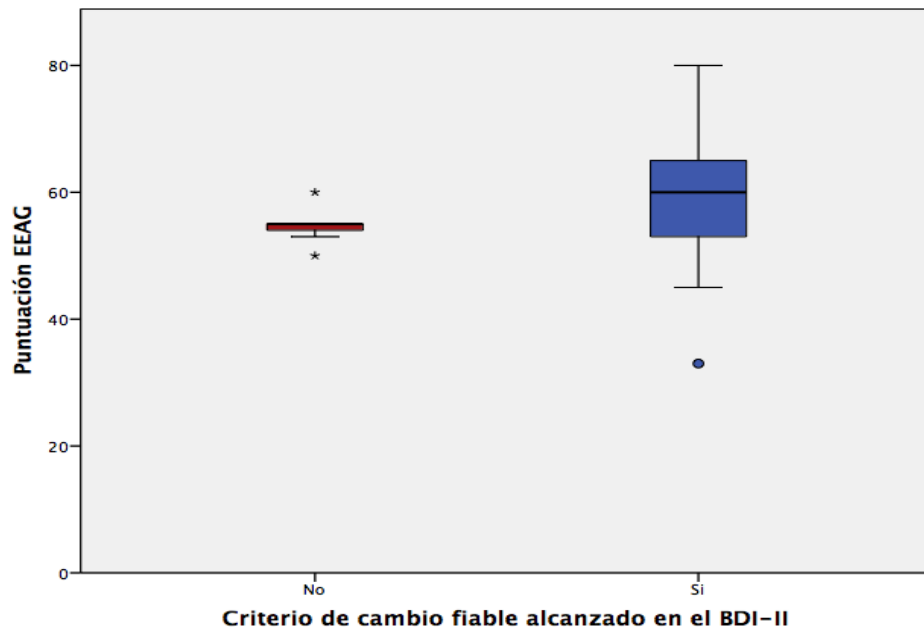


Figura 6.13

Relación entre las puntuaciones en el BDI-II pretratamiento y la reducción en las puntuaciones del BDI-II.

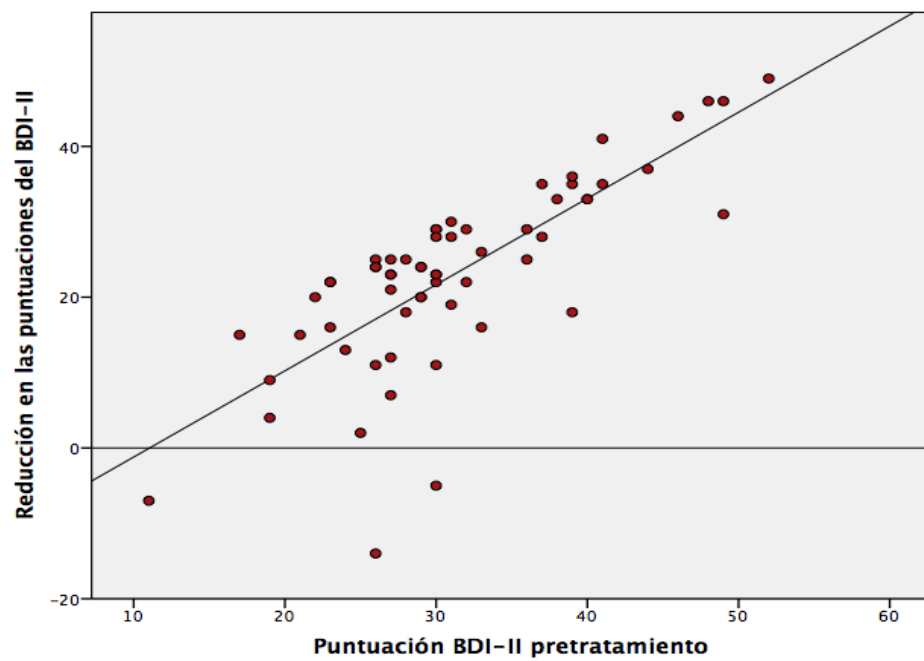


Figura 6.14

Diferencias en las puntuaciones del BDI-II pretratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio fiable en el BDI-II.

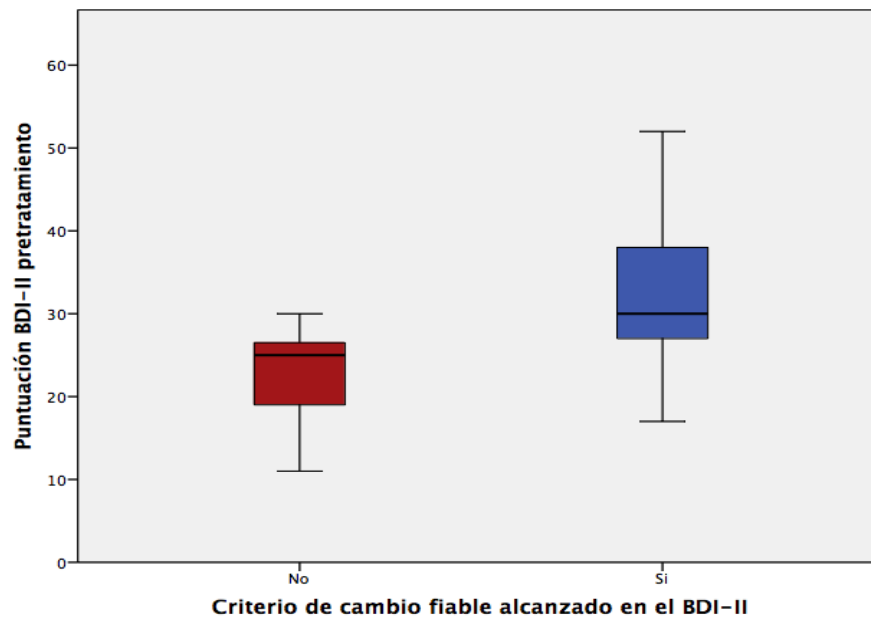
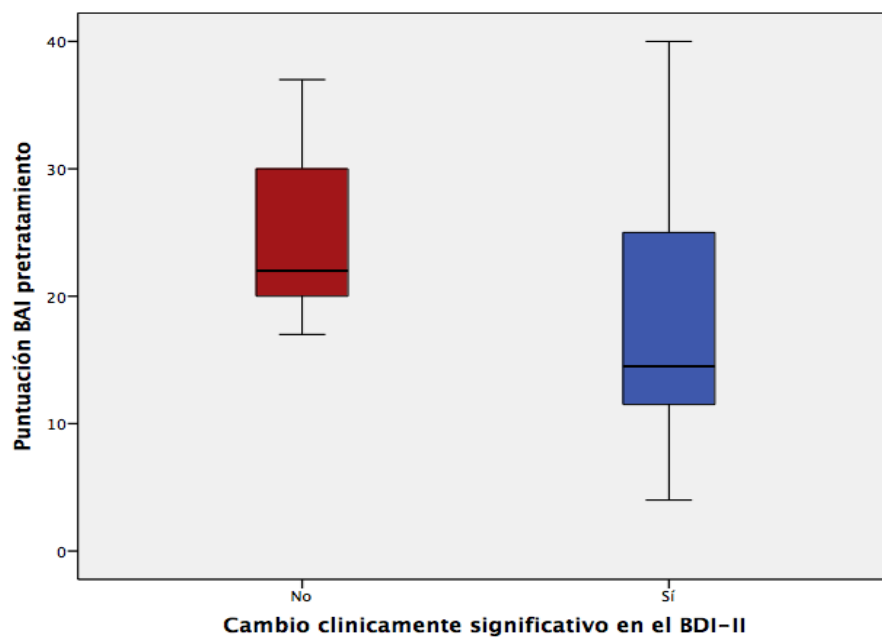


Figura 6.15

Diferencias en las puntuaciones del BAI pretratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio clínicamente significativo en el BDI-II



(1988) y moderado - grande según Hopkins (2009) ($g_{av} = 0,98$). No hubo más efectos significativos sobre el BDI-II asociados a la puntuación EEAG. La puntuación pretratamiento en el BDI-II mostró una correlación significativa al nivel del 99,9% y grande de acuerdo a los valores convencionales de Cohen (1988) ($r = 0,70$) con la reducción en las puntuaciones del BDI-II, como se puede apreciar en la figura 6.13. Adicionalmente, la puntuación pretratamiento en el BDI-II resultó significativamente mayor, de nuevo al nivel del 99,9% entre los pacientes que alcanzaron el ICF, como puede apreciarse en la figura 6.14, con un tamaño del efecto grande según Cohen (1988) y grande según Hopkins (2009) ($g_{av} = 1,28$); este efecto no se encontró en relación al CCS, donde pese a la ausencia de significación estadística se dio un tamaño del efecto pequeño – medio según Cohen (1988), o pequeño según Hopkins (2009) ($g_{av} = 0,40$), en la misma dirección.

Las puntuaciones pretratamiento en el BAI de los pacientes que alcanzaron CCS para el BDI-II resultaron significativamente menores al 95% de confianza, con un tamaño del efecto medio – grande según Cohen (1988), o medio según Hopkins(2009) ($g_{av} = -0,72$), como puede apreciarse en la figura 6.15. Ninguna de las medidas del SCL-90-R arrojó diferencias significativas entre los pacientes que alcanzaron o no ICF o CCS, y tampoco se asociaron de modo significativo a la reducción en las puntuaciones en el BDI-II. En relación a la potencia de estos resultados, está condicionada por el escaso número de casos que no alcanza ICF o CCS, que produce comparaciones asimétricas como las que se observan en la tabla 6.15, con apenas seis sujetos en algunos de los grupos comparados. Los intervalos de confianza de los tamaños del efecto son, así mismo, sensiblemente amplios, y las distribuciones de las puntuaciones con frecuencia no cumplen los supuestos de normalidad u homoscedasticidad; de ahí el uso habitual de métodos de “bootstrapping” y de la corrección de Welch a los grados de libertad en la prueba de t .

6.3.2.4 Otras variables moderadores referidas en la literatura y BDI-II.

Tabla 6.18

Análisis del efecto de las variables moderadoras de la literatura en la reducción de las puntuaciones del BDI-II.

	Reducción en las puntuaciones del BDI-II (n = 61)		CCS alcanzado en el BDI-II (n = 61)		ICF alcanzado en el BDI-II (n = 61)	
Edad	$r = -0,256$ $p = .217$ IC 95% [-0,56 , 0,12]. (n = 61) BCa		Sí (n = 49) $\bar{X} = 30,80$; Dt = 10,90. $t(59) = -2,777$ $p = .028^*$ $g_{av} = -0,88$, IC 95% [-1,54 , -0,23]. BCa		Sí (n = 54) $\bar{X} = 31,98$; Dt = 11,67. $t(59) = -1,568$, $p = .122$, $g_{av} = -0,62$, IC 95% [-1,42 , -0,18]. BCa 1997	
Duración del problema en meses ^a	$r = 0,016$ $p = .939$ IC 95% [-0,32 , 0,40]. (n = 56) BCa		Sí (n = 44) $\bar{X} = 25,66$; Dt = 31,37. $t(54) = -0,990$ $p = .376$ $g_{av} = -0,32$ IC 95% [-0,96 , 0,33]. BCa		Sí (n = 49) $\bar{X} = 29,78$; Dt = 34,92. $t(38,40)^{\wedge} 2,442$ $p = .019^*$ $g_{av} = 0,97$ IC 95% [0,15 , 1,79]. BCa 1999	
Comorbilidad	Sí (n = 21) $\bar{X} = 23,38$; Dt = 14,55. $t(59) = 0,144$ $p = .896$, $g_{av} = 0,16$, IC 95% [-0,49 , 0,57]. BCa		Sí: 85,7% alcanza CCS $\chi^2(1, N=61) = 0,038$, $p = .664^{\ddagger}$, $OR = 1,74$, IC 95% [0,42 , 7,28].		Sí: 85,7% alcanza ICF $\chi^2(1, N=61) = 0,177$, $p = .535^{\ddagger}$, $OR = 0,67$, IC 95% [0,14 , 3,30].	
	No (n = 40) $\bar{X} = 22,90$; Dt = 11,17.		No: 77,5% alcanza CCS		No: 90,0% alcanza ICF	
Trastorno de personalidad comórbido	Sí (n = 6) $\bar{X} = 24,33$; Dt = 21,18. $t(59) = 0,263$ $p = .793$, $g_{av} = 0,11$, IC 95% [-0,74 , 0,96].		Sí: 83,3% alcanza CCS $\chi^2(1, N=61) = 0,588$, $p = .342^{\ddagger}$, $OR = 1,250$, IC 95% [0,13 , 11,82].		Sí: 83,3% alcanza ICF $\chi^2(1, N=61) = 0,249$, $p = .683^{\ddagger}$, $OR = 0,61$, IC 95% [0,06 , 6,16].	
	No (n = 55) $\bar{X} = 22,93$; Dt = 11,26.		No: 80,0% alcanza CCS		No: 89,1% alcanza ICF	
Nivel educativo ^b	E. básicos (n = 7) $\bar{X} = 21,57$; Dt = 15,83. $t(59) = -0,339$ $p = .736$, $g_{av} = -0,13$, IC 95% [-0,93 , 0,66].		E. básicos: 75,0% alcanza CCS $\chi^2(1, N=61) = 2,690$ $p = .130^{\ddagger}$, $OR = 3,75$, IC 95% [0,71 , 19,71].		E. básicos: 85,7% alcanza ICF $\chi^2(1, N=61) = 0,061$ $p = .594^{\ddagger}$, $OR = 1,33$, IC 95% [0,14 , 13,05].	
	E. superiores (n = 54) $\bar{X} = 23,26$; Dt = 11,96.		E. superiores: 91,8% alcanza CCS		E. superiores: 88,9% alcanza ICF	
Farmacoterapia concurrente	Sí (n = 30) $\bar{X} = 22,93$; Dt = 14,19. $t(59) = -0,082$ $p = .935$, $g_{av} = -0,02$, IC 95% [-0,53 , 0,49].		Sí: 73,3% alcanza CCS $\chi^2(1, N=61) = 1,828$, $p = .152^{\ddagger}$, $OR = 0,41$, IC 95% [0,11 , 1,53].		Sí: 86,7% alcanza ICF $\chi^2(1, N=61) = 0,201$, $p = .481^{\ddagger}$, $OR = 0,70$, IC 95% [0,14 , 3,41].	
	No (n = 31) $\bar{X} = 23,19$; Dt = 10,43.		No: 87,1% alcanza CCS		No: 90,3% alcanza ICF	

CCS: Cambio clínicamente significativo. ICF: Índice de cambio fiable; BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la casilla.

a 12 sujetos valoran tener el problema "desde siempre" o no son capaces de precisar el inicio del mismo. El análisis se restringe a los que ofrecen un valor (n = 77)

b La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudios superiores (bachillerato, e. universitarios) y estudios básicos (completos e incompletos).

[‡] Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher.

[^] Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la heteroscedasticidad.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figura 6.16

Diferencias en la edad al inicio del tratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio clínicamente significativo en el BDI-II

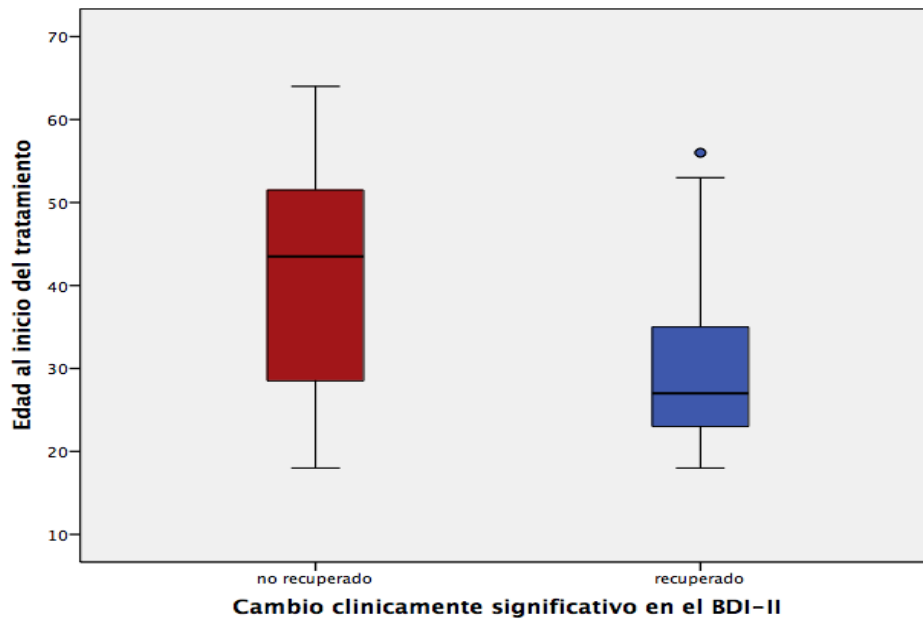
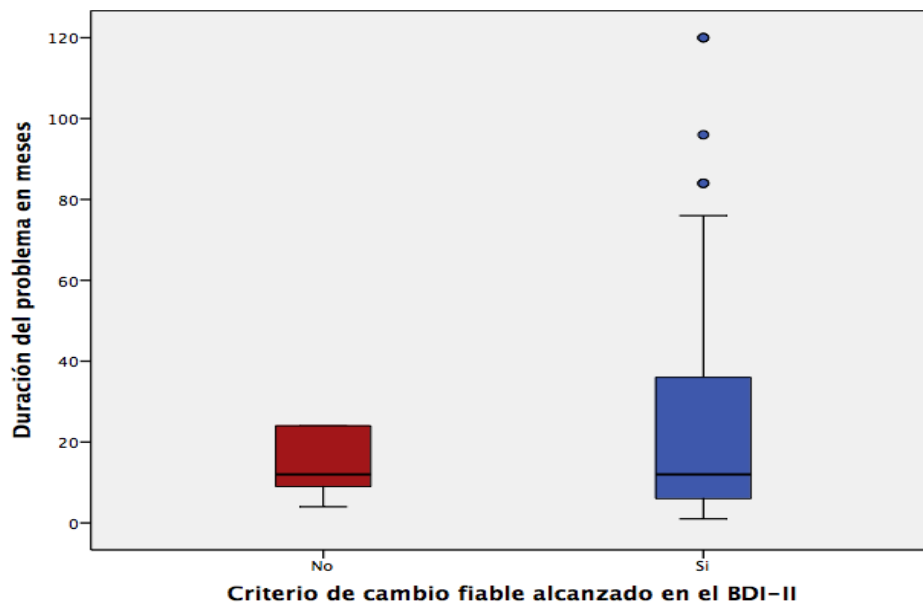


Figura 6.17

Diferencias en la duración del problema de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio fiable en el BDI-II



A continuación se analizó el efecto de otras variables mencionadas en la literatura como potenciales moderadores de la respuesta al tratamiento en los pacientes depresivos. Como puede verse en la tabla 6.18, se consideraron la edad, la duración del problema, la presencia de comorbilidad y, específicamente, de un trastorno de personalidad comórbido, el nivel educativo, y el uso de farmacoterapia en paralelo a la intervención psicológica. En relación a la edad, se observó una diferencia significativa al nivel del 95% entre los pacientes que alcanzaban y no alcanzaban CCS, siendo más jóvenes los pacientes que se recuperaban, tal y como se aprecia en la figura 6.16. El tamaño del efecto fue grande de acuerdo a los valores convencionales de Cohen (1988), y moderado-grande de acuerdo a los de Hopkins (2009) ($g_{av} = -0,88$). La tendencia, aunque no significativa, fue similar para el ICF y la reducción en las puntuaciones del BDI-II, con tamaños del efecto moderados en ambos casos ($g_{av} = -0,62$; $r = 0,26$). La duración del problema en meses fue significativamente mayor en los casos que alcanzaron ICF que en los que no, al nivel de confianza del 95%. El tamaño del efecto fue grande según los valores convencionales de Cohen (1988) y moderado – grande según los de Hopkins (2009) ($g_{av} = 0,97$). En la figura 6.17 puede apreciarse la distribución de la duración del problema en ambos grupos, y lo restringido de los valores en el grupo que no alcanza ICF. Sin embargo, la tendencia, aunque no significativa, se invertía para la relación entre duración y CCS, con un tamaño del efecto pequeño ($g_{av} = -0,32$). La correlación entre duración del problema y reducción de las puntuaciones del BDI-II fue prácticamente inexistente ($r = 0,02$). Se indagó, ante este patrón, la relación entre duración del problema y puntuación pretratamiento en el BDI-II, mediante el procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos y un intervalo de confianza del 95%. La correlación entre ambas variables, fue de $r = 0,14$ ($p = .297$. IC 95 [-0,145 , 0,427]). En el resto de variables incluidas en la comparación no se encontraron resultados estadísticamente significativos, siendo el tamaño del efecto más destacable el de la proporción de sujetos que alcanzan CCS en función del nivel educativo, que para este análisis se trató como una variable dicotómica con los valores estudios básicos o estudios superiores. En este caso, aún no

siendo significativa, se alcanzaba un tamaño del efecto medio – grande ($OR = 3,75$) a favor de los sujetos con estudios superiores, pero con un intervalo de confianza excesivamente amplio.

6.3.2.5 Gravedad pretratamiento y BAI.

Al igual que en el caso del BDI-II, se analizó la relación de las puntuaciones pretratamiento en la EEAG, el BDI-II, el BAI y el SCL-90-R, excluyendo igualmente el MCMI, y la reducción en las puntuaciones del BAI así como la proporción de casos que alcanzaron ICF y CCS. Los resultados de esta comparación se pueden consultar en la tabla 6.19. En este caso, la puntuación pretratamiento en la EEAG presentó diferencias significativas al 99% de confianza entre los sujetos que alcanzaron y no alcanzaron CCS para el BAI, siendo la puntuación EEAG superior en los primeros, como se puede apreciar en la figura 6.18. El tamaño del efecto fue grande de acuerdo con los valores convencionales de Cohen (1988) y prácticamente grande en relación a los de Hopkins (2009) ($g_{av} = 1,08$), aunque con un amplio intervalo de confianza. Esto puede guardar relación con el escaso número de sujetos para los que se dispone de la puntuación postratamiento en el BAI, y más aún, con el escaso número que no obtiene mejoría o cambio fiable, reduciendo alguno de los grupos de la comparación a cuatro sujetos. No hubo más diferencias significativas relacionadas con el EEAG, ni tampoco relacionadas con la puntuación pretratamiento en el BDI-II. En cambio, la puntuación pretratamiento en el BAI mostró una correlación significativa al 99% con la reducción en las puntuaciones del BAI, como puede apreciarse en la figura 6.19. La magnitud de la correlación fue muy grande de acuerdo a los valores convencionales de Cohen (1988) ($r = 0,85$) y con un ajustado intervalo de confianza. Así mismo, los pacientes que alcanzaron el ICF en el BAI manifestaron puntuaciones significativamente mayores en el BAI pretratamiento, al nivel de confianza del 99%. Como puede apreciarse en la figura 6.20, la mediana y los tres primeros cuartiles del grupo que no alcanza ICF están por debajo del punto de corte de 21 puntos del BAI. El tamaño del efecto fue grande de acuerdo con los valores de Cohen (1988), y grande de acuerdo a los valores de Hopkins (2009) (g_{av}

Tabla 6.19

Análisis del efecto de las medidas pretratamiento en la reducción de las puntuaciones del BAI.

	Reducción en las puntuaciones del BAI (n = 29)	CCS alcanzado en el BAI (n = 29)	ICF alcanzado en el BAI (n = 29)
Gravedad medida por EEAG (n = 89)	$r = 0,028$, $p = .895$, IC 95% [-0,52 , 0,76]. (n = 29) BCa	Sí (n = 25) $\bar{X} = 62,56$; Dt = 7,05. No (n = 4) $\bar{X} = 55,00$; Dt = 4,08. $t(27) = 2,070$ $p = .003^{**}$, $g_{av} = 1,08$, IC 95% [0,28 , 1,86]. BCa 1970	Sí (n = 15) $\bar{X} = 62,87$; Dt = 8,37. No (n = 14) $\bar{X} = 60,07$; Dt = 5,55. $t(27) = 1,051$, $p = .303$, $g_{av} = 0,38$, IC 95% [-0,37 , 1,13].
Gravedad medida por BDI-II pretratamiento (n = 89)	$r = 0,076$ $p = .717$, IC 95% [-0,45 , 0,50]. (n = 29) BCa	Sí (n = 25) $\bar{X} = 31,44$; Dt = 8,61. No (n = 4) $\bar{X} = 27,25$; Dt = 2,22. $t(27) = 0,954$ $p = .348$, $g_{av} = 0,50$, IC 95% [-0,58 , 1,58].	Sí (n = 15) $\bar{X} = 30,00$; Dt = 9,34. No (n = 14) $\bar{X} = 31,79$; Dt = 6,85. $t(27) = -0,583$ $p = .560$, $g_{av} = -0,31$, IC 95% [-1,38 , 0,77]. BCa
Gravedad medida por BAI pretratamiento (n = 53)	$r = 0,845$, $p < .001^{**}$, IC 95% [0,69 , 0,93]. (n = 28) BCa	Sí (n = 24) $\bar{X} = 19,20$; Dt = 9,71. No (n = 4) $\bar{X} = 21,00$; Dt = 7,53. $t(27) = -0,352$ $p = .727$ $g_{av} = -0,18$, IC 95% [-1,26 , 0,89].	Sí (n = 15) $\bar{X} = 24,33$; Dt = 8,97. No (n = 14) $\bar{X} = 14,21$; Dt = 6,65. $t(27) = 3,430$, $p = .002^{**}$ $g_{av} = 1,24$ IC 95% [0,43 , 2,05].
Gravedad medida por SCL-TDM pretratamiento (n = 60)	$r = -0,167$ $p = .425$, IC 95% [-0,57 , 0,25]. (n = 28) BCa	Sí (n = 24) $\bar{X} = 2,17$; Dt = 0,62. No (n = 4) $\bar{X} = 2,48$; Dt = 0,65. $t(26) = -0,933$ $p = .359$, $g_{av} = -0,49$, IC 95% [-1,58 , 0,60].	Sí (n = 15) $\bar{X} = 2,05$; Dt = 0,64. No (n = 13) $\bar{X} = 2,41$; Dt = 0,56. $t(26) = -1,586$ $p = .125$, $g_{av} = -0,83$, IC 95% [-1,93 , 0,27].
Gravedad medida por SCL-MRSP pretratamiento (n = 60)	$r = 0,000$ $p = .998$, IC 95% [-0,42 , 0,42]. (n = 28) BCa	Sí (n = 24) $\bar{X} = 2,07$; Dt = 0,39. No (n = 4) $\bar{X} = 2,15$; Dt = 0,27. $t(26) = -0,385$ $p = .703$, $g_{av} = -0,20$, IC 95% [-1,28 , 0,88].	Sí (n = 15) $\bar{X} = 2,00$; Dt = 0,44. No (n = 13) $\bar{X} = 2,18$; Dt = 0,26. $t(26) = -1,334$ $p = .194$, $g_{av} = -0,70$, IC 95% [-1,79 , 0,40].
Gravedad medida por SCL-ISG pretratamiento (n = 60)	$r = 0,020$ $p = .917$, IC 95% [-0,39 , 0,52]. (n = 28) BCa	Sí (n = 24) $\bar{X} = 1,28$; Dt = 0,49. No (n = 4) $\bar{X} = 1,99$; Dt = 0,76. $t(2) = -2,517$ $p = .018^{*}$, $g_{av} = -1,32$ IC 95% [-2,46 , -0,18].	Sí (n = 15) $\bar{X} = 1,29$; Dt = 0,54. No (n = 13) $\bar{X} = 1,49$; Dt = 0,62. $t(26) = -0,877$ $p = .389$, $g_{av} = -0,46$, IC 95% [-1,54 , 0,63].

CCS: Cambio clínicamente significativo. ICF: Índice de cambio fiable; BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la casilla.

+La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudios superiores (bachillerato, e. universitarios) y estudios básicos (completos e incompletos).

* Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher

n.d. Razón de probabilidades no disponible por la presencia de casillas con valor 0 en la tabla de contingencia.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figura 6.18

Diferencias en las puntuaciones de la EEAG pretratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio clínicamente significativo en el BAI.

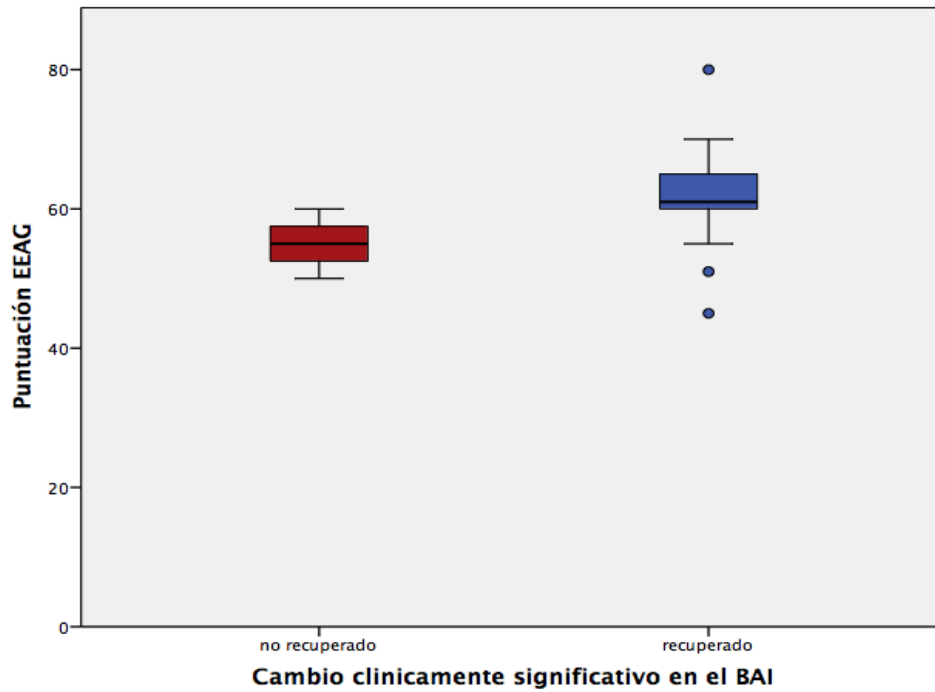


Figura 6.19

Relación entre las puntuaciones en el BAI pretratamiento y la reducción en las puntuaciones del BAI.

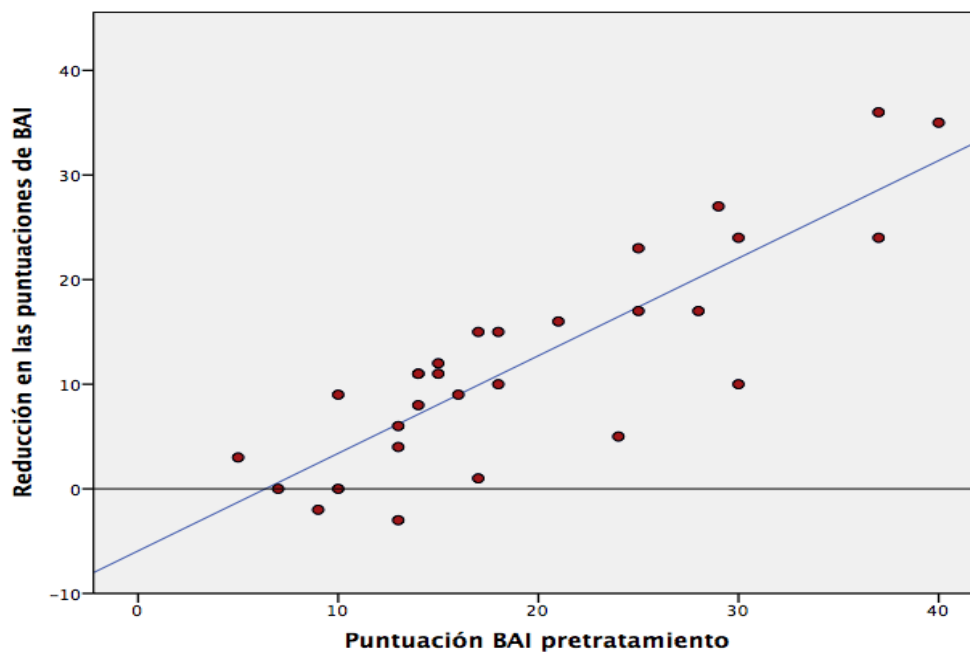


Figura 6.20

Diferencias en las puntuaciones del BAI pretratamiento de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio fiable en el BAI.

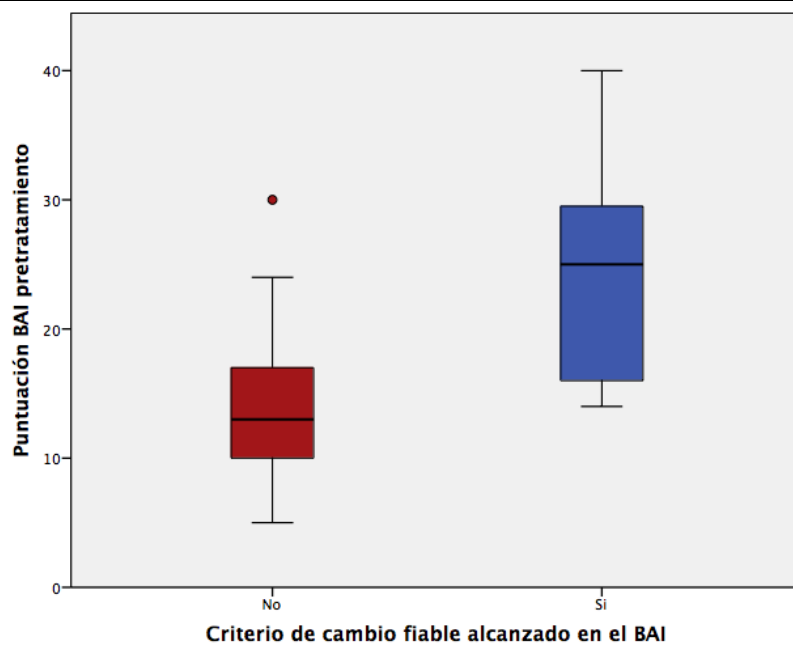
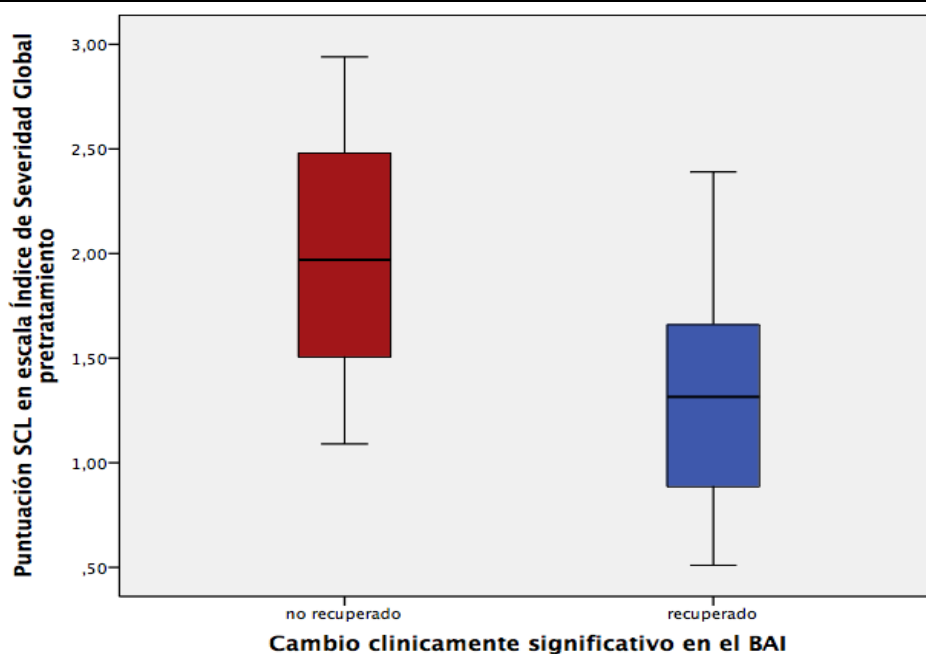


Figura 6.21

Diferencias en las puntuaciones del SCL – Índice de severidad global de los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el cambio clínicamente significativo en el BAI.



= 1,24), aunque con un amplio intervalo de confianza. Por último, de entre todas las comparaciones realizadas a partir de las escalas del SCL-90-R, sólo resultó significativa, al nivel del 95%, la comparación en las puntuaciones pretratamiento en el índice de severidad global del SCL-90-R entre los pacientes que alcanzan y que no alcanzan el CCS para el BAI. Las diferencias entre ambos grupos pueden apreciarse en la figura 6.21. Esta comparación obtuvo un tamaño de efecto grande según los valores convencionales de Cohen (1988) y grande según los valores de Hopkins (2009) ($g_{ov} = -1,32$), aunque uno de los dos grupos de la comparación estaba formado únicamente por cuatro sujetos y el intervalo de confianza resultó de gran amplitud, algo que también se dio en el resto de comparaciones basadas en el SCL-90-R. Adicionalmente, las correlaciones entre las diferentes subescalas del SCL-90-R y la reducción en las puntuaciones del BAI fueron de prácticamente cero.

6.3.2.6 Otras variables moderadores referidas en la literatura y BAI.

En la tabla 6.20 se puede consultar el resultado del análisis de la reducción de las puntuaciones del BAI y las proporciones de casos que alcanzan los índices CCS e ICF en función de los restantes predictores presentes en la literatura. Como puede apreciarse, en este caso no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para ninguna variable, siendo la más cercana a la significación ($p = .069$) la relación entre duración del problema y reducción de las puntuaciones del BAI, que mostró una correlación media de acuerdo con los valores convencionales de Cohen (1988) ($r = 0,37$).

6.3.2.7 Variables del tratamiento y BDI-II.

Se analizó el efecto de diversas variables de la intervención, aplicadas en más del 50% de los casos, y la reducción en las puntuaciones del BDI-II, así como la proporción de casos que alcanzaron ICF y CCS para el BDI-II. Específicamente, se analizó el efecto de la duración del tratamiento, y la inclusión o no de diferentes técnicas con apoyo empírico: la reestructuración cognitiva, la activación conductual, el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento

Tabla 6.20

Análisis del efecto las variables moderadoras de la literatura en la reducción de las puntuaciones del BAI.

	Reducción en las puntuaciones del BAI (n = 29)		CCS alcanzado en el BAI (n = 29)		ICF alcanzado en el BAI (n = 29)	
Edad	$r = -0,193$ $p = .355$ IC 95% [-0,46 , 0,17]. (n =29) BCa		Sí (n =25) $\bar{X} = 30,80$; Dt = 10,87. No (n = 4) $\bar{X} = 40,25$; Dt = 16,60.	$t(27) = -1,506$ $p = .144$, $g_{av} = -0,79$, IC 95% [-1,89 , 0,31]. BCa 1970	Sí (n =15) $\bar{X} = 30,20$; Dt = 10,02. No (n = 14) $\bar{X} = 34,14$; Dt = 13,74.	$t(27) = -0,887$ $p = .388$ $g_{av} = -0,32$, IC 95% [-1,07 , 0,43]. BCa
Duración del problema en meses ^a	$r = 0,370$ $p = .069$ IC 95% [-0,06 , 0,25]. (n =27) BCa		Sí (n =23) $\bar{X} = 20,96$; Dt = 28,73. No (n = 4) $\bar{X} = 13,50$; Dt = 12,15.	$t(25) = 0,505$ $p = .394$ $g_{av} = 0,27$, IC 95% [-0,82 , 1,35]. BCa	Sí (n =14) $\bar{X} = 23,92$; Dt = 32,78. No (n = 13) $\bar{X} = 16,07$; Dt = 20,53.	$t(25) = 0,752$ $p = .459$ $g_{av} = 0,28$, IC 95% [-0,49 , 1,05]. BCa
Comorbilidad	Sí (n =13) $\bar{X} = 14,54$; Dt = 10,23. No (n = 16) $\bar{X} = 10,31$; Dt = 10,14.	$t(27) = 1,112$ $p = .276$, $g_{av} = 0,40$, IC 95% [-0,35 , 1,16].	Sí: 92,3% alcanza CCS No: 81,3 % alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,738$ $p = .383^{\dagger}$, $OR = 2,77$, IC 95% [0,25 , 30,38].	Sí: 53,8% alcanza ICF No: 50,0% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,042$, $p = .566^{\dagger}$, $OR = 1,17$, IC 95% [0,27 , 5,05].
Trastorno de personalidad comórbido	Sí (n = 5) $\bar{X} = 11,60$; Dt = 9,71. No (n = 24) $\bar{X} = 12,33$; Dt = 10,52.	$t(27) = -0,143$, $p = .887$, $g_{av} = -0,07$, IC 95% [-1,05 , 0,91].	Sí: 80,0% alcanza CCS No: 87,5% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,196$, $p = .553^{\dagger}$, $OR = 0,571$, IC 95% [0,05 , 6,98].	Sí: 40,0% alcanza ICF No: 54,2% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,333$, $p = .651$, $OR = 0,56$, IC 95% [0,08 , 4,01].
Nivel educativo ^b	E. básicos (n = 3) $\bar{X} = 14,00$; Dt = 8,72. E. superiores (n = 26) $\bar{X} = 12,00$; Dt = 10,52.	$t(27) = 0,316$, $p = .755$, $g_{av} = 0,13$, IC 95% [-0,67 , 0,92].	E. básicos: 100,0% alcanza CCS E. superiores: 84,6% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,535$, $p = .629^{\dagger}$, $OR = n.d.$	E. básicos: 33,3% alcanza ICF E. superiores: 53,8% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,453$, $p = .473^{\dagger}$, $OR = 2,33$, IC 95% [0,19 , 29,04].
Farmacoterapia concurrente	Sí (n = 13) $\bar{X} = 13,77$; Dt = 9,58. No (n = 16) $\bar{X} = 10,94$; Dt = 10,86.	$t(27) = 0,736$ $p = .468$, $g_{av} = 0,27$, IC 95% [-0,48 , 1,02].	Sí: 76,9% alcanza CCS No: 93,8% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,042$, $p = .566^{\dagger}$, $OR = 0,22$, IC 95% [0,02 , 2,45].	Sí: 53,8% alcanza ICF No: 50,0% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 1,708$, $p = .223^{\dagger}$, $OR = 1,17$, IC 95% [0,27 , 5,05].

CCS: Cambio clínicamente significativo. ICF: Índice de cambio fiable; BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la casilla.

a 12 sujetos valoran tener el problema "desde siempre" o no son capaces de precisar el inicio del mismo. El análisis se restringe a los que ofrecen un valor (n = 77)

b La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudios superiores (bachillerato, e. universitarios) y estudios básicos (completos e incompletos).

[†] Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher

n.d. Razón de probabilidades no disponible por la presencia de casillas con valor 0 en la tabla de contingencia.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 6.21

Análisis del efecto de las variables asociadas al tratamiento en la reducción de las puntuaciones del BDI-II.

	Reducción en las puntuaciones del BDI-II (n = 61)		CCS alcanzado en el BDI-II (n = 61)		ICF alcanzado en el BDI-II (n = 61)	
AC	Sí (n = 56) \bar{X} = 22,79; Dt = 12,57.	$t(59) = -0,591$, $p = .557$, $g_{av} = -0,27$, IC 95% [-1,20 , 0,65].	Sí: 80,4% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 0,000$, $p = .679^{\dagger}$, $OR = 1,02$	Sí: 87,5% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 0,706$, $p = .532^{\dagger}$, $OR = n.d.$
	No (n = 5) \bar{X} = 26,20; Dt = 9,36.		No: 80,0% alcanza CCS	IC 95% [0,10 , 10,08].	No: 100% alcanza ICF	
RC	Sí (n = 56) \bar{X} = 22,89; Dt = 19,38.	$t(59) = -0,364$ $p = .717$, $g_{av} = -0,17$, IC 95% [-1,09 , 0,75].	Sí: 80,4% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 0,000$, $p = .679^{\dagger}$, $OR = 1,02$	Sí: 89,3% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 0,390$, $p = .468^{\dagger}$, $OR = 2,08$, IC 95% [0,20 , 21,83].
	No (n = 5) \bar{X} = 25,00; Dt = 11,74.		No: 80,0% alcanza CCS	IC 95% [0,10 , 10,08].	No: 80,0% alcanza ICF	
ESPP	Sí (n = 38) \bar{X} = 23,05; Dt = 12,99.	$t(59) = -0,010$ $p = .992$, $g_{av} = -0,03$, IC 95% [-0,55 , 0,50].	Sí: 76,3% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 1,027$, $p = .252^{\dagger}$, $OR = 0,48$	Sí: 86,8% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 0,281$, $p = .466^{\dagger}$, $OR = 0,63$, IC 95% [0,11 , 3,54].
	No (n = 23) \bar{X} = 23,09; Dt = 11,40.		No: 87,0% alcanza CCS	IC 95% [0,12 , 2,01].	No: 91,3% alcanza ICF	
EHSS	Sí (n = 39) \bar{X} = 25,90; Dt = 10,12.	$t(32,97)^{\wedge} = 2,493$ $p = .030^{*BCa}$, $g_{av} = 0,66$, IC 95% [0,11 , 1,22].	Sí: 87,2% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 3,212$, $p = .074^{\dagger}$, $OR = 3,17$, IC 95% [0,87 , 11,62].	Sí: 97,4% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 8,453$, $p = .007^{***}$, $OR = 14,25$, IC 95% [1,59 , 128,11].
	No (n = 22) \bar{X} = 18,05; Dt = 14,37.		No: 68,2% alcanza CCS		No: 72,7% alcanza ICF	
TR	Sí (n = 47) \bar{X} = 22,89; Dt = 12,33.	$t(59) = 0,198$ $p = .844$, $g_{av} = 0,06$, IC 95% [-0,54 , 0,66].	Sí: 80,9% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=61) = 0,035$, $p = .560^{\dagger}$, $OR = 1,15$, IC 95% [0,27 , 5,00].	Sí: 87,2% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=61) = 0,109$, $p = .542^{\dagger}$, $OR = 0,53$, IC 95% [0,06 , 4,78].
	No (n = 14) \bar{X} = 23,64; Dt = 12,71.		No: 78,6% alcanza CCS		No: 92,9% alcanza ICF	
Duración del tratamiento	$r = 0,006$ $p = .975$, IC 95% [-0,31, 0,36]. (n = 61) BCa		Sí (n = 49) \bar{X} = 21,55; Dt = 13,68.	$t(59) = 0,593$ $p = .451$, $g_{av} = 0,19$, IC 95% [-0,45 , 0,83]. BCa	Sí (n = 54) \bar{X} = 21,39; Dt = 13,27.	$t(59) = 0,542$ $p = .590$, $g_{av} = 0,21$, IC 95% [-0,58, 1,01]. ^{BCa}
			No (n = 12) \bar{X} = 19,08; Dt = 8,90.		No (n = 7) \bar{X} = 18,57; Dt = 9,40.	

AC: Uso de activación conductual; RC: Uso de la reestructuración cognitiva; ESPP: Uso de entrenamiento en solución de problemas; EHHSS: uso de entrenamiento en habilidades sociales; TR: uso de técnicas de relajación; CCS: Cambio clínicamente significativo; ICF: Índice de cambio fiable. BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la propia casilla.

[†] Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher

[^] Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la heteroscedasticidad.

n.d. Razón de probabilidades no disponible por la presencia de casillas con valor 0 en la tabla de contingencia.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figura 6.22

Diferencias en la reducción de las puntuaciones del BDI-II en función de la aplicación de entrenamiento en habilidades sociales.

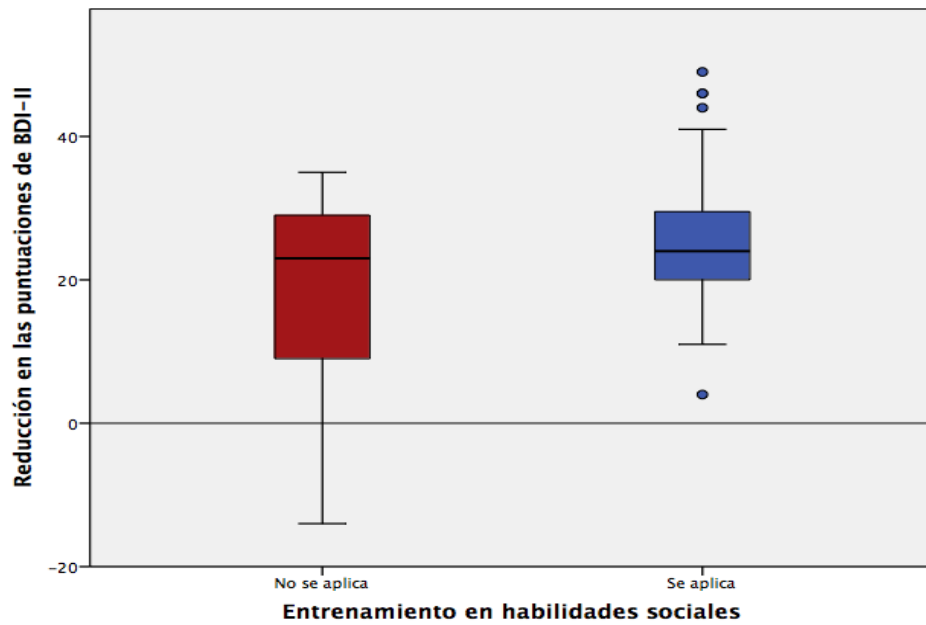
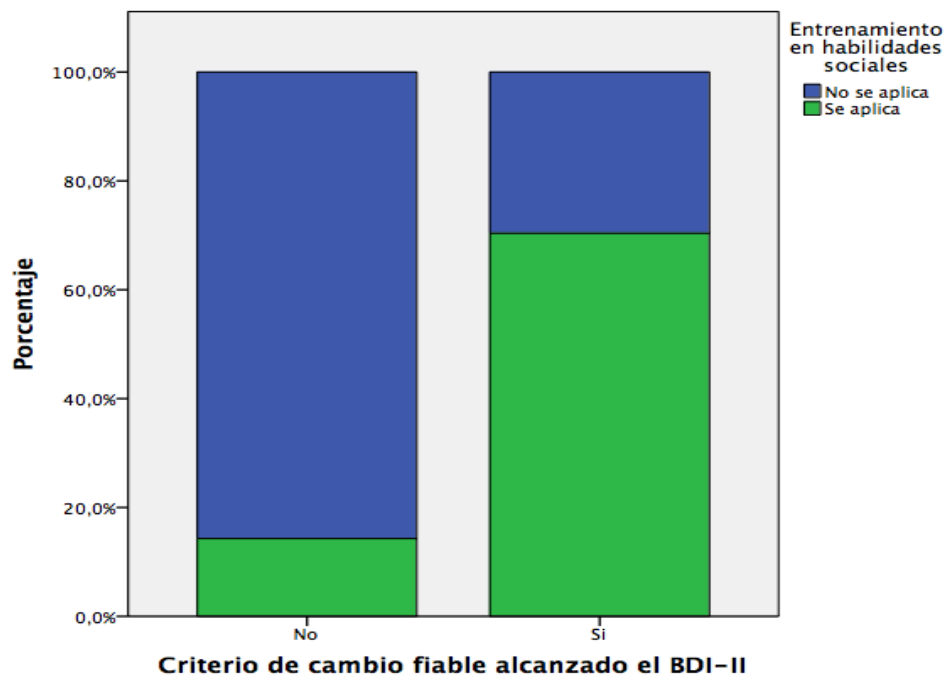


Figura 6.23

Porcentaje de pacientes que alcanza el índice de cambio fiable para el BDI-II a partir del uso del entrenamiento en habilidades sociales.



en habilidades sociales y las técnicas de relajación. Como se aprecia en la tabla 6.21, de todas ellas sólo se obtuvieron resultados significativos para el entrenamiento en habilidades sociales. Más concretamente, hubo una relación estadísticamente significativa al nivel de confianza del 95% entre la magnitud de la reducción en las puntuaciones del BDI-II y recibir entrenamiento en habilidades sociales; como puede verse en la figura 6.22, las puntuaciones de los pacientes que recibieron entrenamiento en habilidades sociales se redujeron más que las de los pacientes que no lo recibieron. El tamaño del efecto del entrenamiento en habilidades sociales sobre la reducción en el BDI-II fue medio - grande según los valores convencionales de Cohen (1988), y medio según los valores de Hopkins (2009) ($g_{av} = 0,66$). En la misma línea, los pacientes que alcanzaron el ICF para el BDI-II recibieron en una proporción significativamente mayor, al nivel de confianza del 99%, entrenamiento en habilidades sociales. El tamaño del efecto de esta relación fue grande según los valores convencionales de Cohen (1988) ($OR = 14,25$) si bien el intervalo de confianza de este estadístico es de una gran amplitud. No obstante, incluso el lado menor del intervalo señala que los pacientes que reciben entrenamiento en habilidades sociales tienen un 59% más de probabilidades de alcanzar el ICF para el BDI-II. En la figura 6.23 puede apreciarse la diferencia de proporciones en el uso de entrenamiento en habilidades sociales entre los pacientes que alcanzan el ICF para el BDI-II y los que no. En relación a su efecto sobre el CCS para el BDI-II, la relación en este caso es no significativa, aunque la tendencia es similar y apunta en la misma dirección. Si se comparan las puntuaciones pretratamiento en el BDI-II de los pacientes que recibieron entrenamiento en habilidades sociales ($n = 39$; $\bar{X} = 31,97$; $Dt = 8,01$) y los que no ($n = 22$; $\bar{X} = 29,91$; $Dt = 8,77$), se constata la ausencia de diferencias entre ambos grupos ($t(51) = -0,935$; $p = .354$ $g_{av} = -0.25$ IC 95% [-0,77 , 0,28]. Análisis realizado mediante procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos).

Tabla 6.22

Análisis del efecto de las variables asociadas al tratamiento en la reducción de las puntuaciones del BAI.

	Reducción en las puntuaciones del BAI (n = 29)		CCS alcanzado en el BAI (n = 29)		ICF alcanzado en el BAI (n = 29)	
AC	Sí (n = 27) \bar{X} = 11,67; Dt = 10,33.	$t(27) = -1,047$ $p = .304$, $g_{av} = -0,75$, IC 95% [-2,22 , 0,73]. BCa 1741	Sí: 85,2 % alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,344$, $p = .739^\dagger$, OR = n.d.	Sí: 48,1% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 2,005$, $p = .259^\dagger$, OR = n.d.
	No (n = 2) \bar{X} = 19,50; Dt = 6,36.		No: 100,0% alcanza CCS		No: 100,0% alcanza ICF	
RC	Sí (n = 27) \bar{X} = 11,56; Dt = 10,17.	$t(27) = -1,275$ $p = .050^*$, $g_{av} = -0,91$, IC 95% [-1,92 , -0,01]. BCa 1767	Sí: 85,2 % alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 0,344$, $p = .739^\dagger$, OR = n.d.	Sí: 48,1% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 2,005$, $p = .259^\dagger$, OR = n.d.
	No (n = 2) \bar{X} = 21,00; Dt = 8,49.		No: 100,0% alcanza CCS		No: 100,0% alcanza ICF	
ESPP	Sí (n = 19) \bar{X} = 10,37; Dt = 9,87.	$t(27) = -1,355$ $p = .187$, $g_{av} = -0,51$, IC 95% [-1,31 , 0,28].	Sí: 78,9% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 2,442$, $p = .163^\dagger$, OR = n.d.	Sí: 36,8% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 4,887$, $p = .033^{**}$, OR = 0,15 IC 95% [0,02 , 0,89].
	No (n = 10) \bar{X} = 15,70; Dt = 10,48.		No: 100,0% alcanza CCS		No: 80,0% alcanza ICF	
EHHSS	Sí (n = 18) \bar{X} = 12,61; Dt = 11,12.	$t(27) = 0,268$ $p = .791$, $g_{av} = 0,10$, IC 95% [-0,68 , 0,86].	Sí: 72,7% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 2,708$, $p = .139^\dagger$, OR = 6,38, IC 95% [0,57 , 71,27].	Sí: 50,0% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,056$, $p = .558^\dagger$, OR = 0,83, IC 95% [0,19 , 3,75].
	No (n = 11) \bar{X} = 11,55; Dt = 9,04.		No: 94,4% alcanza CCS		No: 54,5% alcanza ICF	
TR	Sí (n = 22) \bar{X} = 11,23; Dt = 8,84.	$t(7,551)^\wedge = 0,716$ $p = .495$, $g_{av} = 0,30$, IC 95% [-0,57 , 1,17].	Sí: 81,8% alcanza CCS	$\chi^2(1, N=29) = 1,476$, $p = .308^\dagger$, OR = 1,18, IC 95% [0,34 , 4,14].	Sí: 50,0% alcanza ICF	$\chi^2(1, N=29) = 0,109$, $p = .542^\dagger$, OR = 0,75, IC 95% [0,14 , 4,17].
	No (n = 7) \bar{X} = 15,29; Dt = 14,14.		No: 100,0% alcanza CCS		No: 57,1% alcanza ICF	
Duración del tratamiento	$r = 0,381$ $p = .055$, IC 95% [-0,10, 0,67]. (n = 29) BCa		Sí (n = 25) \bar{X} = 25,44; Dt = 13,78.	$t(27) = -0,368$ $p = .716$, $g_{av} = -0,19$, IC 95% [-1,27 , 0,88].	Sí (n = 15): \bar{X} = 26,27; Dt = 15,99.	$t(27) = 0,172$ $p = .865$, $g_{av} = 0,06$, IC 95% [-0,68 , 0,80]. BCa
			No (n = 4) \bar{X} = 28,25; Dt = 17,17.		No (n = 14) \bar{X} = 25,36; Dt = 12,04.	

AC: Uso de activación conductual; RC: Uso de la reestructuración cognitiva; ESPP: Uso de entrenamiento en solución de problemas; EHHSS: uso de entrenamiento en habilidades sociales; CCS: Cambio clínicamente significativo; ICF: Índice de cambio fiable; BCa: Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos, a menos que se indique lo contrario en la propia casilla.

$^\wedge$ Corrección de Welch a los grados de libertad aplicada para corregir la heteroscedasticidad.

† Nivel de significación exacto basado en el estadístico exacto de Fisher

n.d. Razón de probabilidades no disponible por la presencia de casillas con valor 0 en la tabla de contingencia.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figura 6.24

Diferencias en la reducción de las puntuaciones del BAI en función de la aplicación de reestructuración cognitiva.

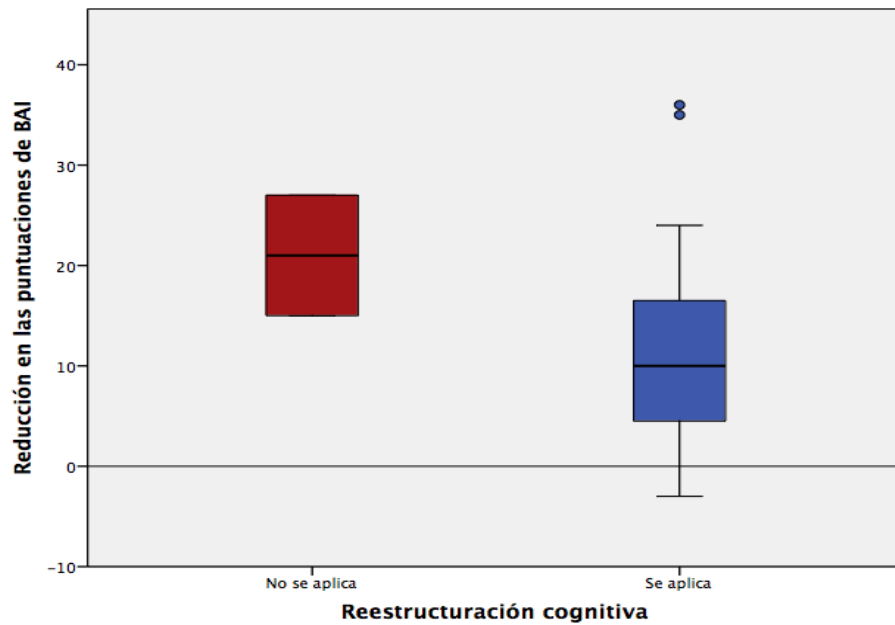
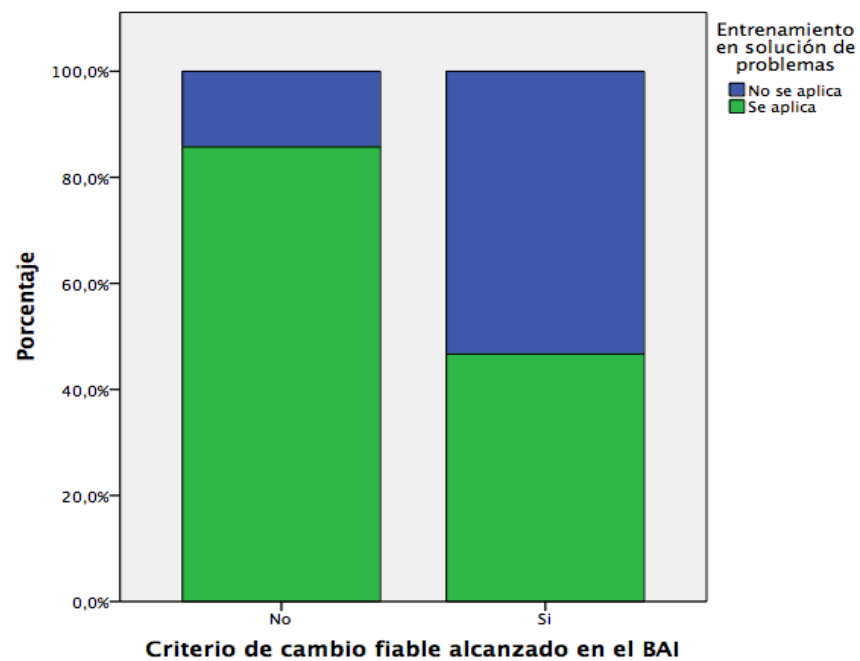


Figura 6.25

Porcentaje de pacientes que alcanza el índice de cambio fiable para el BAI a partir del uso del entrenamiento en solución de problemas.



De nuevo es preciso señalar las dificultades que supone la práctica ausencia de casos en los que no se empleen la reestructuración cognitiva o la activación conductual, o casos que no alcancen la mejoría, a la hora de realizar comparaciones estadísticas potentes.

6.3.2.8 Variables del tratamiento y BAI.

La misma comparación sobre elementos del tratamiento se llevó a cabo con la reducción en las puntuaciones del BAI, y los índices de CCS e ICF para el BAI. Los resultados el análisis pueden observarse en la tabla 6.22. Estos análisis arrojan resultados sorprendentes: en primer lugar, se constata una relación significativa y negativa entre la reducción en las puntuaciones en el BAI y el uso de reestructuración cognitiva. Específicamente, los pacientes que no recibieron reestructuración cognitiva alcanzaron una reducción significativamente mayor en las puntuaciones del BAI, al nivel de confianza del 95%, tal y como puede verse en la figura 6.24. El tamaño del efecto fue grande según los valores convencionales de Cohen (1988) y casi grande según los valores convencionales de Hopkins (2009) ($g_{av} = -0,91$), aunque la amplitud del intervalo de confianza es muy grande y se sitúa muy próximo a la no significación. Conviene tener presente que la submuestra de casos que no recibió reestructuración cognitiva y para los que está disponible la puntuación del BAI postratamiento es de sólo dos casos. De estos dos casos, uno, una mujer de 50 años de edad sin diagnósticos comórbidos a la depresión, recibió técnicas de activación conductual durante 19 sesiones y técnicas de solución de problemas durante 25 sesiones, para completar el tratamiento con recuperación plena en el BDI-II tras 33 sesiones; el otro, un varón de 22 años, sin diagnósticos de ansiedad comórbidos, recibió tan sólo 7 sesiones de tratamiento, basadas en psicoeducación, técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales. Por su parte, los pacientes que recibieron entrenamiento en solución de problemas alcanzaron en menor proporción el ICF para el BAI, como puede verse en la figura 6.25. Estos resultados fueron significativos al nivel de confianza del 95%, teniendo los pacientes que no recibieron entrenamiento en solución de problemas un

85% más de probabilidades de alcanzar el ICF para el BAI ($OR = 0,15$), si bien, una vez más, con un amplio intervalo de confianza.

La misma tendencia, de modo no significativo, se produjo para la proporción de pacientes con entrenamiento en solución de problemas que alcanzaron CCS para el BAI. En relación a sus puntuaciones pretratamiento en el BAI, al comparar a los pacientes en los que se usó entrenamiento en solución de problemas ($n = 19$; $\bar{X} = 18,84$, $Dt = 9,85$) frente a aquellos en los que no se usó ($n = 10$, $\bar{X} = 20,60$, $Dt = 8,67$), se constata que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos ($t(27) = 0,475$; $p = .639$ $g_{av} = 0.18$ IC 95% $[-0.6, 0.96]$. Análisis realizado mediante procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos). No se observaron otras diferencias significativas a partir de las variables del tratamiento. Por otro lado, resulta llamativo que el uso de técnicas de relajación no estuviera asociado a una reducción más importante de las puntuaciones del BAI. Al mismo tiempo, se constata que las técnicas de relajación no se emplearon con mayor frecuencia entre los pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos ($n = 14$; 71,4% de uso de las técnicas de relajación) que en el resto de la muestra ($n = 75$; 68,0% de uso de las técnicas de relajación) sin que hubiera diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2(1, N = 89) = 0,064$; $p = .800$; $OR = 1,18$ IC 95% $[0,34, 4,14]$ – significación basada en el estadístico exacto de Fisher). Tampoco hubo diferencias significativas en el BAI pretratamiento ($t(27) = 0,968$; $p = .342$ $g_{av} = 0.41$ IC 95% $[-0,46, 1,28]$. Análisis realizado mediante procedimiento de “Bootstrapping” de sesgo corregido y acelerado, con intervalo de confianza al 95% y 2000 remuestreos) entre aquellos en los que se usó la relajación ($n = 22$; $\bar{X} = 18,50$, $Dt = 8,28$) frente a aquellos en los que no se usó ($n = 7$, $\bar{X} = 22,43$, $Dt = 13,49$).

6.4 Coste efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica universitaria de Psicología frente al tratamiento farmacológico estándar.

La búsqueda de estudios españoles de costes del tratamiento produjo 26 artículos. De ellos, cinco cumplían los requisitos definidos, aunque en tres de ellos se trataba de trabajos del mismo equipo de investigación y referidos a la misma muestra, por lo que sólo se consideró uno, el más completo. Otros dos artículos fueron localizados a partir del análisis de las citas bibliográficas de los artículos encontrados. Los costes promedio de la intervención realizada en estos estudios y en los tratamientos realizados en la Clínica Universitaria de Psicología pueden observarse, desglosados (por tipo de coste o por fase del tratamiento), en la tabla 6.23. A su vez, en la misma tabla pueden observarse los porcentajes de remisión informados en cada uno de los trabajos. Como puede apreciarse, los costes del tratamiento son más altos en la Clínica Universitaria de Psicología, si bien los costes de la fase de tratamiento son bastante próximos, incluso inferiores, a los costes directos de uno de los estudios (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Gutiérrez-Nicuesa, Salvatella-Pasant, y Navarro-Artieda, 2010), aunque al mismo tiempo llegan a duplicar los costes del estudio de (Serrano-Blanco et al., 2006); no obstante, este estudio en particular se limita a seis meses de intervención, a diferencia del resto de estudios, y expone precios del periodo 1999-2001, en los que las tarifas de la clínica eran también un 25% inferiores. En relación a las tasas de remisión, puede comprobarse que los estudios que exponen tratamientos farmacológicos desarrollados en Atención Primaria obtienen porcentajes de remisión entre el 35,4% y el 57,3%, frente al 79,8% de remisión obtenido en la Clínica Universitaria de Psicología. Más específicamente en términos de coste efectividad, y de forma aproximada, podemos comprobar como, en promedio, por cada 12,45€ invertidos en los tratamientos el porcentaje de recuperación sube un 1%. En el caso de la intervención psicológica, y teniendo en cuenta sólo los costes directos de la intervención, este coste es de 10,84€ por cada 1% de porcentaje de mejoría en la muestra tratada; Si consideramos también las sesiones de evaluación, entonces el coste de incrementar en un 1% el porcentaje de la muestra tratada que experimenta mejoría es de 13,17€. Por su parte, en las intervenciones farmacológicas consideradas a nivel de Atención Primaria, el coste directo promedio de

Tabla 6.23

Comparación de coste efectividad de la intervención en la Clínica Universitaria de Psicología con tratamientos farmacológicos de referencia.

	Total	Coste de la evaluación	Coste de la intervención	Otros costes directos	Porcentaje de remisión	Coste promedio de la mejoría del 1% de los pacientes tratados.
Promedio de costes directos del tratamiento psicológico en este estudio:	1051,20€ (Dt = 740,81€)	185,53€ (Dt = 58,43€)	865,08€ (Dt = 728,67€)	0,00€	79,8% ^a	10,84€ ^a 13,17€ ^b
Coste directo del tratamiento farmacológico en estudios españoles:	Total	Coste de los fármacos	Coste de las visitas médicas ⁺	Otros costes directos [‡]	Porcentaje de remisión	Coste promedio de la mejoría del 1% de los pacientes tratados.
Aragonès et al., (2014)	593,80€ (Dt = 603,10€)	127,80€ (Dt = 218,30€)	296,90€ (Dt = 280,50€)	169,10€	35,4% [~]	16,77€
Salvador-Carulla et al., (2011)	508,32€	245,10€	219,00€	44,22€	no se informa	----
Sicras-Mainar et al., (2012)	619,99€	295,30€	309,30€	15,39€	57,3%	10,82€
Sicras-Mainar et al., (2010)	888,50€ (Dt = 1144,30€)	280,60€ (Dt = 196,4€)	218,10€ (Dt = 294,8€)	389,80€	54,6%	16,27€
Serrano-Blanco et al., (2006)*	309,57€ (Dt = 182,25€)	sin desglosar	sin desglosar	sin desglosar	36,0% [#]	8,60€

NOTA: las desviaciones típicas se ofrecen cuando estuvieron disponibles en el estudio original.

* estudio limitado a 6 meses de tratamiento, con precios de 1999-2001.

+ visitas médicas al servicio de Atención Primaria.

‡ otros costes directos incluyen pruebas médicas, tests y derivaciones a otros profesionales.

^a sobre análisis por intención de tratar (n=61).

[~] extraído de Aragonès et al., (2012), publicado con la misma muestra de casos.

[#] porcentaje de pacientes libres de tratamiento farmacológico a los 6 meses.

^a calculado a partir del coste de la intervención.

^b calculado a partir del coste de la evaluación más el coste de la intervención.

incrementar un 1% el porcentaje de la muestra tratada que experimenta mejoría es de 13,12€ (Dt = 4,04€), un 21,2% más costoso que el tratamiento psicológico basado en la evidencia, considerando sólo la intervención, y un 0,4% más económico que el tratamiento psicológico basado en la evidencia, considerando tanto la evaluación como la intervención. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el estudio de (Serrano-Blanco et al., 2006) se refiere a precios del periodo 1999-2001, y lo excluimos de la comparación, el coste directo promedio de incrementar un 1% el porcentaje de la muestra tratada que experimenta recuperación es de 14,62€ (Dt = 3,30€), que es, respectivamente, un 34,9% y un 11,0% más costoso que el tratamiento psicológico basado en la evidencia, con y sin evaluación.

CAPÍTULO 7.

Discusión.

“Feliz quien pudo conocer las causas de las cosas”
Virgilio

En este capítulo de discusión se abordarán en primer lugar las características de los tratamientos basados en la evidencia en la práctica clínica asistencial, su duración y componentes. Luego, se abordarán los resultados de las intervenciones psicológicas recogidas en este estudio y su comparación con los datos de la literatura. Tras esto, se abordarán las variables moderadoras o mediadoras de los resultados de la intervención, en este estudio y en la literatura sobre tratamiento de los trastornos depresivos. Seguidamente, se discutirá la eficiencia del tratamiento psicológico frente a la práctica clínica habitual en el Sistema nacional de Salud. Por último, se discutirá la generalizabilidad de los resultados obtenidos, y las limitaciones del presente estudio.

7.1 Sobre las intervenciones psicológicas desarrolladas en la Clínica Universitaria de Psicología

7.1.1 Duración de las intervenciones

En relación a las características de la intervención, se comprueba que el 50% de los pacientes completan sus tratamientos en 15 sesiones o menos, con un promedio de 18 sesiones, subiendo este número a 17 sesiones o menos en los casos que completan la intervención, con un promedio de 21,5 sesiones. Casi un 30% de los pacientes que completaron las intervenciones no recibieron ningún tipo de seguimiento, y los que si lo recibieron tuvieron alrededor de 3 sesiones de seguimiento, presumiblemente a 1, 3 y 6 meses, de acuerdo con el protocolo del centro. Coincidiendo con la fórmula habitual en muchos ensayos clínicos, y en la práctica clínica asistencial, las sesiones se dieron habitualmente con una frecuencia semanal. Esta duración del tratamiento puede compararse con los estudios de eficacia y de efectividad sobre el tratamiento de la depresión mayor publicados en la literatura.

7.1.1.1 Duración de las intervenciones en contexto clínico investigador.

En la literatura sobre eficacia del tratamiento de la depresión mayor se encuentran datos que provienen fundamentalmente de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), que siguen habitualmente los manuales originales de los TEAs (Jacobson et al., 1996); Beck et al., 1979, Klerman et al., 1984). Por ejemplo, en el estudio clásico del NIMH (Elkin et al., 1989) la terapia cognitiva y la terapia interpersonal tuvieron una duración promedio de 16 semanas, en las que se realizaron entre 16 y 20 sesiones de terapia. En otro estudio clásico, el análisis de componentes de la terapia cognitiva realizado por (Jacobson et al., 1996) el tratamiento con activación conductual tuvo una duración promedio de 20 sesiones. En esta misma línea, diversos meta análisis de ECAs para la depresión mayor refieren duraciones promedio de entre 12 y 20 sesiones para la intervención cognitivo – conductual (Hollon et al., 1991); entre 4 y 20 sesiones para la intervención psicológica, sin distinción por tipo de tratamiento (Cuijpers et al., 2014); y 6 a 16 sesiones para la intervención conductual (Cuijpers, Muñoz, Clarke, y Lewinsohn, 2009a; Hans y Hiller, 2013; Minami et al., 2009). Por su parte, en un meta análisis sobre tratamiento de la depresión crónica y la distimia (Cuijpers et al., 2010), se encontró que la duración media de las terapias cognitivas y cognitivo – conductuales aplicadas en los ECAs era de unas 22 sesiones de promedio (rango 6-47), siendo necesarias unas 18 sesiones para obtener resultados. Se aprecia por lo tanto una cierta consistencia en la duración de los tratamientos en contexto clínico investigador, que raramente superan las 20 sesiones de tratamiento.

7.1.1.2 Duración de las intervenciones en contexto clínico asistencial.

Frente a lo encontrado en el ámbito clínico investigador, en el ámbito clínico asistencial se encuentran datos mucho más dispares. Por ejemplo, en el trabajo de Minami et al. (2008), que recoge datos de 12.473 pacientes de una aseguradora privada americana que recibieron tratamiento ecléctico, se informa de que sólo un 1,99% de la muestra recibe una tratamiento “equivalente” en su duración a los ECAs, es decir tratamientos de entre 12 y 20 sesiones. Merrill et al. (2003), aplicando terapia cognitiva para la depresión en un centro de salud

mental comunitaria, encuentran un tratamiento promedio de 9,21 sesiones (Dt = 6,48 sesiones, rango 1-24), más breve que el ofrecido en la mayoría de ECAs. Los autores señalan también que los pacientes tienden a espaciar las sesiones más de una semana para ocupar un periodo de tratamiento mayor. Por el contrario, Persons y Bostrom (1999) encuentran una media de 34,8 sesiones (Dt = 30,2 sesiones), superior a la recibida en los ECAs, en una terapia cognitiva con terapeutas expertos. Igualmente, en su investigación sobre las posibilidades de generalización de los ECAs, Morrison, Bradley, y Westen (2003) señalan que la mayoría de tratamientos exitosos de la depresión, incluso con terapia cognitivo conductual, se alargan más de las 8-16 sesiones habituales en los ECAs. Sin embargo, en la línea de la duración habitual en los ECAs, Westbrook y Kirk (2005) recogen un promedio de 13 sesiones de intervención en su estudio sobre un centro sanitario especializado en terapia cognitivo conductual de la red pública británica; Peeters, Huibers, y Roelofs (2013) informan de una media de 13,5 sesiones en terapia cognitivo – conductual (rango 1-26 sesiones) en un centro de la red pública holandesa, y Gibbons et al. (2010), en una intervención con terapia cognitiva en una clínica universitaria, refieren 15,9 sesiones en promedio (Dt = 16,2 sesiones, rango 0-97), un dato muy similar al de este estudio. En el mismo sentido se pronuncia el meta análisis de Hans y Hiller (2013) sobre estudios de efectividad, con una duración promedio de 21,71 sesiones (Dt = 11,87, rango 10-40). Por otro lado, algunos centros de práctica clínica asistencial imponen limitaciones a la duración de los tratamientos: en el centro de counselling universitario en el que se desarrolla su estudio, de enfoque ecléctico, Minami et al. (2009) informan de una restricción a 12 sesiones, aplicada con flexibilidad, de modo similar a lo indicado por Stiles, Barkham, y Wheeler (2015) en un centro de la red pública británica: una restricción a seis sesiones, aplicada con flexibilidad, y en cualquier caso, menos de 40 sesiones. Por tanto, se aprecia una notable heterogeneidad de la duración de las intervenciones en el contexto clínico asistencial.

Así pues, el tratamiento promedio de la depresión en la Clínica Universitaria de Psicología, 18 sesiones, tienen una duración equivalente a la de muchos ECAs, lo que también es muy frecuente en estudios de efectividad que se ciñen a metodologías basadas en la evidencia. La duración de la intervención en los pacientes que completan el tratamiento coincide con la encontrada por Hans y Hiller, (2013) en su meta análisis de estudios de efectividad.

7.1.1.3 Modelos explicativos de la duración de las intervenciones.

Es preciso tener en cuenta que la literatura de eficacia se refiere esencialmente a ECAs, intervenciones manualizadas que definen de antemano la duración del tratamiento que será recibido por todos los pacientes. Sin embargo, diversos autores han señalado que la duración de las intervenciones en el contexto de la práctica clínica asistencial no está fijado de antemano, sino que viene dictado por la pauta de mejoría del paciente para el conjunto de síntomas que manifiesta (Howard, Kopta, y Krause, 1986a; Kopta, Howard, y Lowry, 1994; Seligman, 1995). Esta observación parece válida para muchos contextos de práctica clínica asistencial, aunque como se ha señalado, las excepciones existen (Stewart y Chambless, 2009), especialmente en contextos de práctica clínica asistencial de la red pública (Stiles et al., 2015) o en clínicas universitarias que limitan la duración del tratamiento (Cahill, Barkham, Hardy, y Rees, 2003; Minami et al., 2009; Peterson y Halstead, 1999).

En cualquier caso, cuál debe ser la mejoría considerada suficiente para poner fin al tratamiento es una cuestión compleja. Los estudios clásicos de Howard, Kopta, y Krause (1986) y Kopta et al. (1994), que dieron lugar al planteamiento de una relación dosis-respuesta en psicoterapia, observaron como la mejoría de los pacientes parecía seguir una curva negativamente acelerada, en el que las sesiones más avanzadas producían una menor cantidad de cambio terapéutico. La conclusión de estos autores indicaba que la intervención psicológica perdía efectividad de modo progresivo, y que el efecto techo de la efectividad de la intervención se alcanzaba para unas 52 sesiones de terapia, siendo 26 sesiones un límite razonable, aunque no

imperativo, para las intervenciones de duración determinada, puesto que para esa cantidad de sesiones el 75% de pacientes alcanzaba mejorías significativas. En el caso de este estudio, el 96,6% de los pacientes del total de la muestra recibió un tratamiento de 52 sesiones de terapia o menos, y un 77,5% recibió menos de 26 sesiones. Por otro lado, un 5,3% ($n = 3$) de los pacientes de este estudio que completaron la intervención lo hicieron con tratamientos de más de 52 sesiones, aunque no es posible valorar la cantidad de cambio producida a partir de la sesión 52. Una interpretación alternativa de este modelo negativamente acelerado es ofrecida por Barkham et al. (Barkham et al., 2006; Barkham, Rees, y Stiles, 1996) a partir de la observación de que la cantidad de cambio obtenida por los pacientes, considerados de modo individual, resulta seguir un patrón lineal, no negativamente acelerado. De este modo, Barkham et al. sugieren que el cambio para un paciente dado se produce de modo lineal hasta que alcanza un nivel suficiente de funcionamiento (*“good enough level”*; GEL), momento en el que se discontinúa el tratamiento o se fijan nuevos objetivos. Así, la curva de dosis – respuesta negativamente acelerada reflejaría la terminación progresiva de las intervenciones de los pacientes que alcanzan un nivel suficiente de funcionamiento o GEL. Diversos trabajos del grupo de Barkham (Stiles, Barkham, Connell, y Mellor-Clark, 2008; Stiles, Barkham y Wheeler, 2015) interpretan estos resultados como que los pacientes y psicólogos toman decisiones sobre la continuidad de la terapia que son reactivas al grado de mejoría de los propios pacientes. Un tercer enfoque vendría a señalar que el patrón de cambio viene marcado por “sesiones críticas” por las que los pacientes experimentan una mejoría marcada – de hasta 11 puntos en el BDI – antes de la siguiente sesión (Hardy et al., 2005; Tang y DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman, y Pham, 2005; Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, y Shelton, 2007). Esta posibilidad, que no contradice necesariamente las dos anteriores, viene a subrayar que el patrón del cambio terapéutico es complejo y múltiples fenómenos pueden incidir en su pauta. Por otro lado, Cuijpers et al. (2014) encuentran en su meta análisis sobre psicoterapias en la depresión una asociación positiva entre número de

sesiones y cantidad de mejoría, aunque los autores mezclan datos de TEAs y otras aproximaciones. Este dato podría estar enmascarando una relación entre la frecuencia de las sesiones y la mejoría, con más sesiones semanales produciendo un efecto mayor, incluso si el total de sesiones se mantiene constante (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole, y Andersson, 2013b). Así, una terapia más intensiva produciría más efecto que otra menos intensiva pero de igual duración.

Si bien los datos disponibles para este estudio no permiten evaluar la cantidad de mejoría atribuible a cada sesión, ni si el patrón de mejoría es lineal o negativamente acelerado, los resultados del análisis de variables moderadoras de la efectividad del tratamiento revelan que la duración del tratamiento tiene un efecto prácticamente nulo sobre la reducción de las puntuaciones del BDI-II, o sobre la probabilidad de alcanzar el ICF o el CCS para el BDI-II. Esto es consistente a grandes rasgos con una pauta en la que la cantidad de cambio no se ve influida por la duración del tratamiento, tal y como señalan Stiles y colaboradores (Stiles et al., 2008; Stiles, Barkham y Wheeler, 2015). No obstante, para el caso de la variación en las puntuaciones del BAI sí que se observa un cierto efecto de la duración del tratamiento, que, si bien no resulta estadísticamente significativo, explica potencialmente un 15% de la variabilidad de la reducción en las puntuaciones del BAI a partir de la duración de la intervención. Por otro lado, esta diferencia de respuesta a la duración del tratamiento en las puntuaciones del BDI-II y del BAI sería consistente con la observación de que diferentes grupos de síntomas presentan pautas de cambio diferenciadas (Kopta et al., 1994).

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que las decisiones de continuar o no con la intervención son probablemente decisiones complejas y con múltiples condicionantes además de la mejoría clínica, como por ejemplo las limitaciones en el presupuesto personal o las impuestas por los seguros privados (Merrill et al., 2003). En este estudio hasta un 25% de los pacientes que terminaron prematuramente la intervención en este estudio argumentaron su

decisión a partir de condicionantes objetivos (horario, condiciones económicas), mientras que un 30,6% basó su decisión en aspectos subjetivos (falta de interés, rechazo de la derivación propuesta, que supone lógicamente un esfuerzo para el paciente). Así mismo, se observa en este estudio como hasta un 60% de los pacientes que deciden no continuar su intervención, y para los que se dispone de medidas postratamiento, obtuvieron algún grado de mejoría, que llegó al umbral de CCS para el BDI-II en un 40% de los casos. La asunción de un modelo GEL, partiendo de que la decisión última de qué constituye un nivel suficiente de funcionamiento es adoptada por el paciente, parece consistente con los datos: los pacientes continúan en la intervención hasta que deciden que han mejorado lo bastante en relación a los costes – subjetivos y objetivos – que supone el tratamiento. Esto ocurre probablemente con cierta independencia de la opinión del psicólogo responsable del caso, quien sin embargo es el que debe juzgar si el caso ha completado o no la intervención. Así, en este estudio la terminación prematura de la intervención se definió como el abandono una vez iniciado el tratamiento y antes de haber obtenido los resultados terapéuticos, a juicio del terapeuta, siguiendo las recomendaciones de Wierzbicki y Pekarik (1993). Esta discrepancia entre el criterio del profesional y el del paciente debería quedar resuelta por el empleo con mayor frecuencia y sistematicidad (sesión por sesión, incluso) de medidas objetivas del cambio experimentado por el paciente. Estas medidas deberían ser un elemento más en la toma de decisiones sobre la continuidad de la intervención, desde la perspectiva clínica, y sobre si la decisión de no continuar la intervención por parte del paciente supone efectivamente una terminación prematura de la misma, desde la perspectiva investigadora (Swift y Greenberg, 2012).

7.1.2 Componentes de las intervenciones

7.1.2.1 Componentes técnicos de la intervención.

En relación a los componentes de la intervención, los tratamientos aplicados en la Clínica Universitaria de Psicología, incluyen una media de 6,5 técnicas, que sube a 7,1 entre los

pacientes que completan la intervención. Son pues esencialmente intervenciones multicomponente, tanto en el conjunto del tratamiento como en cada sesión de terapia, en la que se aplica con frecuencia más de una técnica de intervención. Las técnicas más empleadas, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la activación conductual son centrales en el enfoque de la terapia cognitiva de la depresión (Beck et al., 1979). En este manual de terapia cognitiva para la depresión se realiza una distinción entre las técnicas conductuales, orientadas fundamentalmente a la programación de actividades, pero que incluye también el entrenamiento en asertividad cuando resulte necesario, y técnicas cognitivas, que comprenden esencialmente la reestructuración cognitiva pero que consideran también las técnicas de solución de problemas o reatribución. Además, el enfoque psicoeducativo está muy presente en la terapia cognitiva de la depresión, que hace un uso abundante de materiales psicoeducativos mediante la biblioterapia (Beck et al., 1979). Otras técnicas sugeridas en el manual son la higiene de sueño para las alteraciones del sueño, la distracción y el desarrollo de tolerancia para la ansiedad, el control de estímulos para el exceso de apetito, los ejercicios de participación para la pérdida de satisfacción sexual, o los ejercicios de concentración para las dificultades atencionales y de memoria. Por lo tanto, si se consideran las ocho técnicas específicas más empleadas en la Clínica Universitaria de Psicología, todas ellas parecen estar recogidas de un modo más o menos extenso en el citado manual de terapia cognitiva para la depresión, con la excepción de la relajación. Las técnicas de higiene de sueño y control estimular, sin ser tan frecuentes, son igualmente usadas en más del 20,0% y del 15,0% de la muestra, respectivamente. Adicionalmente, las cantidades de sesiones de activación conductual (un promedio de 6,2 sesiones en el conjunto de la muestra y de 7,5 sesiones en los pacientes que completan la intervención) y de reestructuración cognitiva (un promedio de 8,1 sesiones en el conjunto de la muestra y 9,6 sesiones en los pacientes que completan el tratamiento) son importantes. La cantidad de sesiones de activación conductual, por sí sola y de forma independiente, se sitúa en el límite inferior del número de sesiones de

tratamiento que recoge el meta análisis de intervenciones conductuales de Cuijpers et al. (2009a). Por su parte, la cantidad de sesiones de reestructuración cognitiva, considerada de forma independiente, se sitúa por encima del límite de ocho sesiones de reestructuración cognitiva establecido en el análisis de componentes de Jacobson et al. (1996) para considerar que una terapia cumplía con la condición de terapia cognitiva. Por lo tanto, la intensidad (medida por el número de sesiones utilizadas) del uso de activación conductual y de reestructuración cognitiva entraría dentro los rangos en los que la cantidad de intervención se puede considerar terapéutica. Parece claro por tanto que la terapia resultante está en consonancia con las recomendaciones del manual de terapia cognitiva para la depresión de Beck et al. (1979), tanto en el tipo como en la importancia de las técnicas utilizadas, siendo la relajación la única excepción. Sin duda, las técnicas de relajación están entre las de uso más frecuente en la práctica clínica (Blanco, Estupiñá, y Labrador, 2014), pero no forman parte del conjunto de TEAs para la depresión, ni como técnica aislada, ni como parte de un programa multicomponente. Es pertinente recordar también que el papel de las técnicas de relajación, asociado preferentemente con la ansiedad y los estados de activación, ha sido discutido por algunos autores, e incluso su contribución al tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia, en el que se aplican con regularidad, ha sido cuestionada por múltiples estudios (Barlow, Allen y Basden, 2007), pese a lo cual su estatus en el caso de la ansiedad generalizada parece más sólido (Arntz y Van Den Hout, 1996). Esta consideración es tanto o más pertinente dado que sólo un 16,4% (n = 10) de los casos en los que se aplicaron técnicas de relajación tenía un diagnóstico comórbido de ansiedad, y sólo un 6,6% (n = 4) tenía un diagnóstico comórbido de ansiedad generalizada. Cuatro casos de la muestra recibieron un diagnóstico comórbido de ansiedad y en su tratamiento no se aplicaron técnicas de relajación.

7.1.2.2 Impacto de los componentes técnicos de la intervención.

A la hora de analizar el impacto de las diferentes técnicas en la recuperación de los pacientes, se constata que ni la activación conductual ni la reestructuración cognitiva introdujeron

diferencias en la magnitud de la reducción de las puntuaciones del BDI-II o del BAI, ni en la probabilidad de alcanzar los umbrales de ICF o CCS para ninguna de las dos medidas. No obstante, es preciso tener en cuenta que únicamente cinco pacientes de entre aquellos con medidas postratamiento en el BDI-II, y dos de entre aquellos con medidas postratamiento en el BAI, fueron tratados sin activación conductual o sin reestructuración cognitiva. Tan sólo hubo un caso con medidas postratamiento en el BDI-II y el BAI en el que no se aplicara ninguna de las dos técnicas, y aunque se obtuvieran buenos resultados, parece complicado extraer conclusiones sobre el impacto de las dos técnicas principales a partir de ello.

En relación a las técnicas de solución de problemas, se comprueba que estas no introdujeron diferencias en la magnitud de la reducción de las puntuaciones del BDI-II o del BAI, ni en la probabilidad de alcanzar los umbrales de CCS para ninguna de las dos medidas. Sin embargo, de un modo sorprendente, se comprobó que las probabilidades de alcanzar ICF en el BAI para los pacientes que recibieron entrenamiento en solución de problemas eran significativamente menores (un 85%) que las de los pacientes que no recibieron la técnica. Esta observación, sin alcanzar la significación, repetía su tendencia para el resto de comparaciones con el CCS y el ICF del BDI-II, y el CCS del BAI así como la reducción bruta de las puntuaciones del BAI. Es probable que los pacientes en los que se aplicó entrenamiento en solución de problemas no alcanzaran el ICF para el BAI puesto que sus puntuaciones pretratamiento eran razonablemente bajas en esa medida. Por lo tanto, la reducción, aunque se dio, no fue lo bastante grande como para superar el umbral de ICF, siendo esto atribuible más a la línea base de ansiedad que a la intervención mediante solución de problemas.

En lo tocante al entrenamiento en habilidades sociales, se constata su impacto beneficioso en aquellos pacientes que lo recibieron. Específicamente, la reducción en las puntuaciones del BDI-II, así como la probabilidad de alcanzar ICF fueron significativamente mayores. La probabilidad de alcanzar CCS no alcanzó la significación estadística, pero la tendencia iba en la

misma dirección. Los pacientes que recibieron entrenamiento en habilidades sociales no constituían un subgrupo más grave, crónico ni medicado que los que no recibieron la técnica. Esto podría venir a subrayar la importancia de los problemas de temática interpersonal en la depresión y la conveniencia de su abordaje directo para maximizar el resultado (Hamilton y Dobson, 2002).

En relación a las técnicas de relajación, no se constató que supusieran ninguna mejoría de cara a la reducción de las puntuaciones del BDI-II o del BAI, ni en las probabilidades de alcanzar ICF o CCS para ninguna de las dos medidas, ni en el conjunto de la muestra ni en aquellos pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos.

En algunas técnicas se puede observar que su uso es menos frecuente entre los pacientes que completan la intervención. Específicamente, las técnicas de manejo de la ideación autolítica se hacen constar únicamente en dos casos, que terminaron prematuramente el tratamiento. Por otro lado, la frecuencia con la que los pacientes deprimidos tienen ideación de muerte más o menos difusa es elevada, por lo que cabe pensar que el hecho de que tan sólo dos casos registraran la técnica de modo explícito puede tener que ver con la intensidad y recurrencia de esta ideación. No hay información de postratamiento sobre estos casos, si bien el abandono de uno de ellos aparece recogido como alta voluntaria por el psicólogo responsable del caso.

Las técnicas de control de estímulos fueron también empleadas con menos frecuencia entre los pacientes que completaron la intervención.

Así pues, los pacientes reciben una intervención multicomponente que coincide esencialmente con las recomendaciones de la terapia cognitivo conductual para la depresión (Beck et al., 1979), aunque tiende a incluir técnicas con escaso apoyo empírico para la depresión o que, en algunos de los casos estudiados más detalladamente, no parecen hacer

una contribución significativa a la mejoría del paciente al tiempo que consumen tiempo y recursos, reduciendo la eficiencia de la intervención.

Así, por un lado el tratamiento se basa fundamentalmente en la reestructuración cognitiva y la activación conductual, ambas empleadas en una dosis considerada terapéutica, y aunque la contribución de las técnicas de activación conductual y reestructuración cognitiva resulta difícil de evaluar debido a que ambas pueden considerarse la base de la intervención; el entrenamiento en habilidades sociales parece así mismo marcar una clara diferencia en relación a la mejoría de la sintomatología depresiva, subrayando la naturaleza interpersonal de la depresión. Por otro lado, el entrenamiento en solución de problemas y las técnicas de relajación parecen hacer una contribución escasa a la mejoría de los pacientes, tanto en su sintomatología ansiosa como en su sintomatología depresiva, y podrían ser técnicas superfluas en la intervención. Teniendo en cuenta que ambas técnicas se aplican con una duración de entre dos y cuatro sesiones, su eliminación de las pautas de intervención podría suponer la reducción total del tratamiento promedio en una o dos sesiones. Algo parecido podría decirse quizás de muchas de las técnicas menos frecuentes en la muestra, como las técnicas para la autoestima o las técnicas narrativas, con escaso apoyo empírico.

Aunque dada la naturaleza individualizada de las intervenciones recogidas en este estudio pueden haber existido razones propias de cada paciente para la selección de estas técnicas, en algunos casos su uso parece más bien generalizado a pesar de disponer de escaso respaldo empírico. En cualquier caso, las conclusiones sobre la idoneidad de una u otra técnica deberían recibir un nivel de escrutinio superior al que es posible desarrollar en este trabajo. Para poder abordar este objetivo sería necesario, por ejemplo, disponer de medidas en cada sesión para relacionar la aplicación de las técnicas con la aparición de mejorías – o la ausencia de ellas. Esta aproximación permitiría arrojar luz no sólo sobre la contribución de las técnicas, sino, también sobre el orden de aplicación y, como ya se ha señalado, sobre el patrón total de los

cambios experimentados por muchos pacientes en la terapia cognitiva, que podrían seguir un patrón lineal (Barkham et al., 1996; 2006; Stiles et al., 2008) o negativamente acelerado (Howard, Kopta, y Krause, 1986a; Kopta et al., 1994) y, también, marcado por ganancias súbitas (Hardy et al., 2005; Tang et al., 2005; 2007; Tang y DeRubeis, 1999). De acuerdo con esta última hipótesis, no todas las sesiones dedicadas a una técnica tendrían la misma contribución, sino que podrían seguir un patrón de preparación – cambios cognitivos significativos – grandes ganancias súbitas (Tang y DeRubeis, 1999). El uso de metodologías cualitativas, que indaguen con el paciente la utilidad percibida en una u otra técnica, las “sesiones críticas” o las razones a las que se atribuye la mejora puede también resultar de gran interés.

7.1.2.3 Intervenciones individualizadas y estandarizadas.

Por otro lado, ya se ha comentado el debate sobre la superioridad de las intervenciones estandarizadas frente a las individualizadas. Más allá de las diferencias entre estudios de eficacia y de efectividad, algunos estudios cuestionan la conveniencia de individualizar las intervenciones frente a seguir las pautas estandarizadas de tratamiento (Emmelkamp, Bowman y Blaauw, 1994; Schulte et al., 1992; citados en Chambless:2001; Weisz et al., 1995) mientras otros se posicionan a favor de la individualización (Miller y Binder, 2002, Pérez et al., 2003). Lógicamente, no se puede separar la discusión sobre la individualización del tratamiento del método empleado para esa individualización. En este sentido, existen múltiples propuestas de formulación clínica de casos (Godoy y Haynes, 2011; Kaholokula et al., 2013; Kuyken, Padesky, y Dudley, 2008) para la mayoría de las cuales hay una base de evidencia escasa y, muchas veces, escasamente positiva (Dudley, Kuyken, y Padesky, 2011). Por ejemplo, el grado de acuerdo entre evaluadores en la formulación es muchas veces pobre, especialmente con terapeutas menos experimentados o en los aspectos teóricos que van más allá de lo descriptivo (Dudley, Park, James, y Dodgson, 2010; Kuyken et al., 2005; Persons y Bertagnolli, 1999), y con frecuencia la formulación tiene poco impacto en el tratamiento o

introduce en el mismo elementos irrelevantes (Dudley, Ingham, Sowerby, y Freeston, 2015; Groenier, Pieters, Witteman, y Lehmann, 2014). No obstante, otros autores han incidido en que incluso los tratamientos estandarizados suponen un cierto grado de individualización (Eells, 2013), o han obtenido resultados favorables a las opciones individualizadas frente a las estandarizadas (Ghaderi, 2006).

En cualquier caso, el resultado de la individualización de los tratamientos mediante una formulación clínica no debería ser la de producir intervenciones más amplias, con un mayor número de componentes y con escasa variabilidad respecto a otras intervenciones, estandarizadas o individualizadas; antes bien, la formulación debería servir para detectar objetivos clave de la intervención (Haynes y Williams, 2003) y producir planes de tratamiento más parsimoniosos, con un número reducido de objetivos y técnicas para obtener una máxima eficiencia (Bernaldo-de-Quiros, Labrador, Estupiñá, y Fernández-Arias, 2012; Labrador, Bernaldo-De-Quirós, y Estupiñá, 2011). El proceso de formulación es costoso en tiempo, y en parte explica el elevado número de sesiones dedicadas al proceso de evaluación en este estudio, pero es preciso que esa inversión de tiempo y recursos por parte del terapeuta y del paciente se desarrolle siempre y cuando la dificultad del caso lo justifique – quizá por un historial de fracasos terapéuticos anteriores – y se traduzca en una mejora significativa respecto a un plan de tratamiento estandarizado para justificar su eficiencia. En este sentido, la literatura existente es aún escasa y resulta deseable investigar los efectos de las diferentes opciones de individualización en mayor profundidad.

7.2 Sobre la efectividad del tratamiento psicológico aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología

Los resultados obtenidos por los tratamientos aplicados en la Clínica Universitaria de Psicología, con hasta un 88% de pacientes recuperados, obtienen unos resultados significativos

sobre la sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes tratados. A continuación se comentan de forma pormenorizada los principales resultados.

7.2.1 Sobre las altas y abandonos

El problema del abandono terapéutico es un gran obstáculo para que las intervenciones psicológicas alcancen todos sus objetivos y tiene efectos negativos en el paciente, el psicólogo y el servicio, a nivel emocional, clínico y económico (Bados et al., 2007; Swift y Greenberg, 2012, 2014; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En este estudio, el porcentaje de pacientes que no completan la intervención, de casi un 36%, supera en más de diez puntos porcentuales a los valores obtenidos en meta análisis de eficacia del tratamiento de la depresión (25,7%; Westen y Morrison, 2001) y de efectividad, también para la depresión (24,6%; Hans y Hiller, 2013), por lo que no puede menos que considerarse alto en relación a estudios de referencia para el tratamiento de la depresión mayor. Estudios clásicos como el del NIMH (Elkin et al., 1989) obtuvieron porcentajes de abandono del 23,0% para la terapia interpersonal, y del 37,3% para la terapia cognitiva, esta última una cifra muy similar a la de este estudio. En el caso de la terapia de activación conductual, el trabajo inicial de Jacobson et al. (1996) resultó en un 10,7% de abandonos, aunque la definición de abandono estaba basada en la asistencia a un determinado número de sesiones. Es preciso tener en cuenta que la frecuencia de abandonos varía de modo importante según la definición de la terminación prematura del tratamiento, y que según el meta análisis de Swift y Greenberg (2012) la definición adoptada en este estudio, basada en el juicio del terapeuta, arroja un valor más elevado (37,6%) que las basadas en el número de sesiones a las que asiste el paciente (18,4%), el no completar un programa de tratamiento (18,3%), o el cese en la asistencia a la terapia (24,4%). Las tasas de abandono en clínicas universitarias, en las que los terapeutas son habitualmente poco experimentados, son también más elevadas que la cifra promedio. Bados et al. (2007) informan de porcentajes de abandono del 43,8% para el total de la muestra, o del 58,3% en los casos de trastorno del

estado de ánimo, en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona. En su meta análisis de 2012, Swift y Greenberg recogen un 30,4% de abandonos en centros universitarios, frente al 17,3% de los centros especializados o de investigación y el 23,4% de los centros ambulatorios públicos. Tiene sentido recordar aquí que un 12,5% de los abandonos se han debido al rechazo a la derivación propuesta, y que está tenía que ver directamente con la naturaleza del centro y el carácter rotatorio de su plantilla de becarios - residentes. Por último, en relación a la experiencia, Swift y Greenberg (2012) señalan que el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento con terapeutas expertos (graduados) es del 17,2% frente al 26,6% con terapeutas en entrenamiento. Así pues, las cifras de abandonos en el presente estudio resultan superiores a las encontradas en la literatura sobre eficacia y efectividad en el tratamiento de la depresión mayor, pero se muestran en la línea, o incluso por debajo, de las encontradas en centros universitarios. La definición de abandono adoptada condiciona en cualquier caso los resultados obtenidos, y cabe suponer que una definición diferente, basada en la mejoría clínica suficiente (GEL) habría producido una tasa de abandono inferior. Como se ha indicado más arriba, hasta un 40% de los pacientes que terminan prematuramente la intervención podrían haber obteniendo mejorías clínicamente significativas. En cualquier caso, las cifras de abandono de la intervención de este y otros estudios resultan problemáticas, y es necesario desarrollar intervenciones que obtengan cifras de abandonos muy inferiores, ya sea por una mayor capacidad para retener a los pacientes o por desarrollar sus efectos en el periodo de tiempo que el paciente promedio se mantiene en el tratamiento.

Por otro lado, es preciso tener presente que un porcentaje elevado de los abandonos se producen por causas objetivas, como el cambio de domicilio u horarios o limitaciones económicas. Es imposible que causas de esta naturaleza puedan dejar de afectar a la intervención y probablemente se deba contar siempre con ellas. Por último, el elevado porcentaje de “otras razones”, casi un tercio de los casos, sugiere la importancia de profundizar en el análisis y la clasificación de los motivos de abandono.

7.2.2 Sobre el cambio en las puntuaciones del BDI-II

Los análisis de la muestra según intención de tratar y según pacientes que completan la intervención arrojan un cambio estadística y clínicamente significativo, tanto en el nivel de análisis grupal como en los análisis individuales caso por caso. Se puede comprobar que la práctica totalidad de los pacientes se beneficia de la intervención de un modo importante a partir de sus puntuaciones en el BDI-II.

En relación al criterio de significación estadística, la diferencia entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento del BDI-II es significativa tanto en el conjunto de la muestra como en el análisis de pacientes que completan la intervención, y adicionalmente el ICF es alcanzado por una amplia mayoría de casos, de en torno al 90% en ambos análisis. Se puede concluir que los pacientes experimentan un cambio significativo que no es atribuible a la variabilidad del instrumento de medida. Se aprecia también que todos los índices de significación estadística del cambio son mayores en el análisis de pacientes que completan la intervención que en el análisis por intención de tratar. Esta diferencia refleja que el cambio en el análisis de pacientes que incluye a los que abandonan la intervención es de una significación estadística ligeramente menor que en el análisis que sólo considera a los pacientes que completan la intervención.

En relación al criterio de significación clínica, el porcentaje de pacientes que alcanzan el CCS está entre el 80% y el 90% de los casos, según se tome la muestra por intención de tratar o por pacientes que completan, respectivamente. En particular, en el análisis de pacientes que completan resulta destacable que la práctica totalidad de la muestra aparece como mejorada o recuperada. En relación al tamaño del efecto alcanzado por la intervención, los valores son grandes, de hasta $g_{ov} = 3,72$ en el análisis de pacientes que completan la intervención.

En comparación con los datos disponibles en la literatura, los porcentajes de recuperación en el meta análisis de TEAs de Westen y Morrison (2001) son de un 50,6% en el análisis de pacientes que completan la intervención y un 36,8% en el análisis por intención de tratar. Estas cifras son prácticamente la mitad de las encontradas en el presente estudio. El tamaño del efecto pre-post en este meta análisis fue de $d = 2,2$, un tamaño grande pero igualmente inferior al encontrado en el presente estudio. Cuijpers et al. (2014) encuentran reducciones de unos 15 puntos en el BDI-II y un porcentaje de recuperación del 62,0% para una muestra de estudios sobre psicoterapia de la depresión; en el meta análisis de Cuijpers et al. (2010) para la depresión crónica y la distimia se encuentra un tamaño del efecto pre-post promedio de $d = 1,44$ para la terapia cognitivo conductual, y de 1,01 para la terapia interpersonal. Este tamaño del efecto es inferior al informado por Westen et al. (2001) en pacientes diagnosticados de depresión mayor. El tamaño del efecto pre – post obtenido en el meta análisis de Cuijpers et al. (2009a) para las intervenciones psicoeducativas y conductuales (El curso “Venza su depresión” de Lewinsohn) fue de $d = 0,47$ para los pacientes diagnosticados de depresión, el único tamaño del efecto que no puede ser considerado grande de acuerdo a los valores orientativos de Cohen (1988). En el caso del meta análisis de estudios de efectividad de Hans y Hiller (2013), el tamaño del efecto encontrado fue de $d = 1,25$ en el análisis de pacientes que completan y de $d = 1,11$ en el análisis de pacientes por intención de tratar. Acudiendo a estudios clásicos de la literatura, se obtienen tamaños del efecto de $d = 1,94$ y de $d = 2,17$ para la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, respectivamente, en el estudio clásico del NIMH (Elkin et al., 1989). Adicionalmente, el porcentaje de pacientes que alcanzan la recuperación es del 64,9% y del 70,2% para la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, respectivamente. En el estudio de Jacobson et al. sobre activación conductual (1996), el tamaño del efecto alcanzado es de $d = 2,78$, con un porcentaje de recuperación del 62,5%. Craighead, Sheets, Brosse e Ilardi (2007), en una revisión sistemática de ECAs recogen porcentaje de mejoría para la terapia cognitivo conductual de entre el 53,0% y el 83,0%; de

entre el 50,0% y el 60,0% para la activación conductual; y de alrededor del 70,0% para la terapia interpersonal de la depresión. Por último, la comparación con los puntos de referencia o *benchmarks* propuestos por Minami, Wampold, Serlin, Kircher, y Brown (2007) para el tratamiento de la depresión mayor en adultos resulta también favorable al presente estudio: el valor crítico propuesto por Minami et al. (2007) para considerar que el tamaño del efecto de un estudio de 100 sujetos se aparta significativamente del tamaño del efecto promedio de la recuperación espontánea de la sintomatología depresiva, calculada a partir de meta análisis, estaría en torno a $d = 0,55$, y de $d = 0,80$ en el caso del tamaño del efecto promedio de la intervención psicológica.

Por último, la evidencia de los casos en los que se produjo un seguimiento de los resultados obtenidos mediante medidas objetivas, aunque muy escasa, apunta al mantenimiento de los resultados a largo plazo, por periodos de hasta seis meses. No deja de llamar la atención que sólo se disponga del BDI-II en el seguimiento para uno de cada seis casos, o menos, para los que se dispone de información en el postratamiento.

Así pues, los resultados obtenidos en el presente estudio respecto al cambio en las puntuaciones del BDI-II son comparables o mejores a los resultados obtenidos en la literatura de meta análisis sobre los diferentes tratamientos empíricamente apoyados, en estudios bien controlados representativos de dichos tratamientos, y en puntos de referencia basados en agregados meta analíticos, tanto en tamaño del efecto como en porcentaje de pacientes recuperados.

7.2.3 Sobre el cambio en las puntuaciones del BAI

Los análisis de la muestra según intención de tratar y según pacientes que completan la intervención arrojan un cambio estadística y clínicamente significativo, tanto en el nivel de análisis grupal como en los análisis individuales caso por caso. De nuevo, la práctica totalidad

de los pacientes se beneficia de la intervención de un modo importante a partir de sus puntuaciones en el BAI.

En relación al criterio de significación estadística, la diferencia entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento del BAI es significativa tanto en el análisis por intención de tratar como en el análisis de pacientes que completan la intervención. En el caso del ICF, es alcanzado por aproximadamente la mitad de los casos. Se puede concluir que más de la mitad de los pacientes en ambos análisis experimentan un cambio significativo que no es atribuible a la variabilidad del instrumento de medida. Se aprecia también que todos los índices de significación estadística del cambio son mayores en el análisis de pacientes que completan la intervención que en el análisis por intención de tratar. Esto refleja que el cambio en el análisis de pacientes que incluye a los que abandonan la intervención es de una significación estadística ligeramente menor que en el análisis que sólo considera a los pacientes que completan la intervención.

En relación al criterio de significación clínica, el porcentaje de pacientes que alcanzan el CCS es de entre el 80% y el 100% de los casos, según se tome la muestra por intención de tratar o por pacientes que completan, respectivamente. En particular, en el análisis de pacientes que completan resulta destacable que la totalidad de la muestra aparece como mejorada o recuperada. En relación al tamaño del efecto alcanzado por la intervención, los valores son grandes en ambos análisis. Resulta llamativa la diferencia entre los porcentaje de pacientes que alcanzan el ICF y los que alcanzan el CCS. Esto se refleja en el elevado porcentaje de casos que se etiqueta como remitidos (más del 30%), es decir, que han alcanzado mejoría clínicamente significativa sin que esta supere la cantidad de cambio que sería atribuible a la variabilidad del instrumento. Parece por tanto que la intervención ha resultado más potente en la reducción de la sintomatología depresiva que en la sintomatología ansiosa. A la hora de interpretar este dato, debe tenerse en cuenta que los valores pretratamiento de la ansiedad

de muchos de los casos son moderados o leves, y el porcentaje de pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos es igualmente reducido, por lo que una reducción modesta de los mismos puede situarlos por debajo del umbral de CCS.

La evidencia de los casos en los que se produjo un seguimiento de los resultados obtenidos mediante medidas objetivas, es muy escasa, incluso considerando sólo los casos que completan la intervención, al igual que ocurre con el BDI-II. También de la misma forma, apunta al mantenimiento de los resultados a largo plazo, por periodos de hasta seis meses.

A pesar de la frecuente asociación entre ansiedad y depresión (Rapaport, 2001), que se manifiesta en correlaciones entre BDI-II y BAI que van de 0,53 a 0,58 en muestras de diversos países (Sanz, 2014) la literatura meta analítica sobre el tratamiento de la depresión ha ignorado con frecuencia la sintomatología ansiosa, en general, y su medida mediante el BAI, en particular. El meta análisis de estudios de efectividad del tratamiento de la depresión de Hans y Hiller (2013), como excepción, recoge un tamaño del efecto de $d = 0,87$ en la reducción de la ansiedad general, frente al tamaño del efecto de $d = 1,25$ para la depresión. Existen también estudios concretos que han examinado el efecto del tratamiento cognitivo - conductual en los niveles de ansiedad de los pacientes depresivos. En varios de estos trabajos se pone de manifiesto que, al igual que en el presente estudio, la reducción de las puntuaciones del BAI es inferior a la reducción en las puntuaciones del BDI (Forand, Evans, Haglin, y Fishman, 2011; Gawrysiak, Nicholas, y Hopko, 2009; McEvoy y Nathan, 2007; Westbrook y Kirk, 2005). Específicamente, Gawrysiak et al. (2009), empleando activación conductual en estudiantes universitarios con depresión leve y moderada encontraron un tamaño del efecto de $d = 1,61$ para el BDI y de $d = 0,36$ para el BAI. Forand et al. (2011), en un estudio para comparar a terapeutas noveles con veteranos en el tratamiento cognitivo conductual de la depresión mayor, obtuvieron resultados de los que es posible derivar un tamaño del efecto que de $d = 1,04$ para el BDI-II y de $d = 0,48$ para el BAI. McEvoy (2007), en un tratamiento cognitivo –

conductual grupal con pacientes con diagnósticos heterogéneos, encontró, para los pacientes diagnosticados de depresión, un tamaño del efecto de $d = 1,2$ para el BDI y de $d = 0,3$ para el BAI. Westbrook y Kirk (2005), en un estudio de efectividad de la terapia cognitivo conductual para pacientes con depresión mayor, obtienen un tamaño del efecto de $d = 0,96$ para el BDI y de $d = 0,63$ para el BAI. Podría pensarse que las intervenciones han estado más centradas en la reducción de la sintomatología depresiva que en la de ansiedad, o incluso que el efecto sobre el BAI podría deberse directamente a la sintomatología compartida entre ansiedad y depresión (Gibbons y DeRubeis, 2008). No obstante, en el presente estudio, que recoge propuestas de tratamiento individualizadas, debería haberse incluido entre los objetivos de la intervención la reducción de la ansiedad de modo expreso, cuando ésta resultara significativa. Adicionalmente, el elevado uso de técnicas de relajación sugiere que los síntomas de ansiedad han sido tenidos en cuenta por los psicólogos responsables de los casos, pese a lo cual su impacto en las puntuaciones del BAI ha sido escasamente significativo. Sobre la interacción de la sintomatología ansiosa y la depresiva, Gibbons y DeRubeis (2008) han hallado que, en las sesiones de tratamiento de la depresión mayor con terapia cognitivo conductual, una mayor cantidad de tiempo dedicada al trabajo sobre la ansiedad se traduce en una menor eficacia de la intervención, tanto sobre la ansiedad como sobre la depresión, ya sea por la distracción que supone abordar múltiples objetivos o por la pérdida de foco a la que puede llevar al terapeuta. Sasso et al. (2015) encuentran un efecto de interacción entre la sintomatología ansiosa alta o baja y la adherencia al uso de técnicas conductuales en sesión para predecir la cantidad de mejoría medida en la siguiente sesión de tratamiento. Como puede verse, la interacción entre la sintomatología ansiosa y la depresiva, y su relación con el tratamiento cognitivo conductual, supone un reto complejo, y que requiere de estudios diseñados específicamente para analizar esa cuestión. Más allá de este tema, los tamaños del efecto obtenidos en este estudio para la sintomatología ansiosa medida por el BAI resultan comparables o superiores a los de los diferentes estudios y meta análisis recogidos.

De nuevo es posible acudir a una perspectiva basada en el nivel suficiente de funcionamiento o GEL, tanto para el BDI-II como el BAI. En ambos casos, a mayor puntuación pretratamiento en el cuestionario, mayor reducción de la puntuación del mismo en el postratamiento. Es decir, la magnitud del cambio que se consigue está en relación directa a la cantidad de cambio que se precisa o que es posible conseguir. Esta relación se da con independencia de la duración del tratamiento, que no parece introducir un efecto en la variación de las puntuaciones del BDI-II o del BAI, si bien el efecto del número de sesiones es sensiblemente mayor sobre este último, sin llegar a la significación.

7.3 Sobre las variables que influyen en la efectividad del tratamiento aplicado en la Clínica Universitaria de Psicología

7.3.1 Variables que influyen en el abandono

La falta de adherencia, tanto a las sesiones como a las tareas, aparece como un predictor significativo de abandono en esta muestra (Hamilton y Dobson, 2002). Dejando de lado la interpretación del incumplimiento de tareas como “resistencia” (Beutler et al., 2006), que supone un salto inferencial poco asumible, parece claro que aquellos pacientes que acaban descontinuada la intervención lo hacen progresivamente, dejando de acudir a sesiones y no realizando las tareas. Podría ser también que las dificultades para mantener la adherencia al tratamiento acaben mermando la efectividad del mismo, llevando al paciente a concluir la inutilidad de la intervención y propiciando su abandono. Estas dificultades para la adherencia tienen implicaciones prácticas claras y suponen un indicador temprano para el psicólogo que puede servir para actuar en consecuencia y trate de evitar la terminación prematura de la intervención. Sin embargo, en sí mismas no ofrecen una explicación completa de las causas del abandono. De la misma manera, el menor número de sesiones y de técnicas de intervención

desarrolladas con los pacientes que acaban terminando prematuramente la intervención viene a subrayar que el abandono tiende a producirse relativamente temprano en la intervención. Los pacientes que abandonan antes de haber cumplido los objetivos no han recibido una intervención completa, pero sí muchos de sus elementos principales, aunque quizá no en una dosis suficiente. Quizá la intervención no ha sido suficientemente rápida o eficaz en estos casos. En esta dirección, algunos estudios (Delgadillo et al., 2013; Jarrett et al., 2013) han señalado la importancia de obtener cambios tempranos en la intervención para prevenir el abandono, aunque por otro lado, un porcentaje importante de los pacientes que abandonan según el juicio de sus terapeutas han alcanzado mejorías significativas desde un punto de vista clínico y estadístico. Además, como se ha señalado ya, un porcentaje importante de los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento lo hacen aduciendo causas objetivas, como incompatibilidad de horarios o dificultades económicas. Aunque se puede argumentar que estas causas quizá no sean plenamente objetivas, pues siempre podría hacerse un esfuerzo por buscar tiempo, o por replantearse las prioridades personales en lo económico, resulta difícil descartar que las condiciones personales jueguen un papel relevante a la hora de limitar los tratamientos (Stewart y Chambless, 2009). También es posible que el paciente escude en causas objetivas su deseo de no continuar la intervención. Sin embargo, el efecto de estas condiciones objetivas resulta complicado de recoger, como no sea a partir de variables sociodemográficas que, además de suponer una medida imperfecta de estas variables, no han tenido incidencia significativa a la hora de predecir el abandono en esta muestra ni en otras (Hamilton y Dobson, 2002).

De esta manera, parece complicado explicar el abandono sin separar mediante variables adecuadas el que se debe a la falta de motivación del paciente y el que se debe a las dificultades objetivas. Esto resulta aún más difícil sin tener en cuenta el grado de mejoría del paciente, que es quien toma en último término la decisión de cuándo ha mejorado lo bastante, de acuerdo con el modelo GEL (Barkham et al., 1996; 2006). Otros autores han señalado

también, en una línea convergente con esta, que la discrepancia entre paciente y psicólogo sobre objetivos, duración prevista de la terapia, etc. es igualmente una variable predictora de abandono (Mueller y Pekarik, 2000; Pekarik, 1985).

De cara al futuro, la adopción de medidas sobre el grado de mejoría del paciente sesión por sesión, la satisfacción relativa a este nivel de mejoría y a las técnicas recibidas en sesión, la dificultad relativa de acudir a la siguiente sesión, o medidas pretratamiento sobre la disponibilidad de tiempo y lo asequible de la intervención para la economía del paciente, pueden ayudar a concretar una visión más precisa de las razones del paciente para terminar prematuramente el tratamiento. En cualquier caso, hay un indicador emocional relevante para la predicción del abandono en la muestra: el índice de severidad global del SCL-90-R. Parecería por tanto que la amplitud y magnitud de la queja del paciente en el momento de acudir a sesión puede ser una variable importante, aumentando las probabilidades de terminar prematuramente el tratamiento conforme ésta aumenta, bien sea por la interferencia de este estado de malestar, que podría estar detrás de las dificultades para la adherencia, o bien porque la cantidad de intervención recibida no logra reducir de un modo satisfactorio una sintomatología que es más amplia y perturbadora para el paciente. Hasta la fecha, diversos estudios han ligado la insatisfacción de los pacientes con el abandono (Delgadillo et al., 2013; Mueller y Pekarik, 2000), lo que por otro lado es lógico y esperable.

En el presente estudio no se ha encontrado relación entre el abandono y algunas variables asociadas al abandono en la literatura (tanto de modo general como específicamente en los trastornos depresivos), como la gravedad de los síntomas depresivos (Jarrett et al., 2013); el nivel educativo (Jarrett et al., 2013; Lamers et al., 2012; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993); la edad (Jarrett et al., 2013; Lamers et al., 2012; Pinto-Meza et al., 2010; Swift y Greenberg, 2012); el género femenino (Pinto-Meza et al., 2010; Swift y Greenberg, 2012); el diagnóstico de trastorno de la personalidad (Swift y Greenberg, 2012); o el trabajo retribuido

(Jarrett et al., 2013), entre otras variables. Los resultados, no obstante, son con frecuencia contradictorios entre estudios, en buena medida debido a las diferentes definiciones de abandono empleadas (Swift y Greenberg, 2012) y a la dificultad para operativizar determinadas variables. En línea con lo comentado sobre las causas objetivas de abandono, la medida del nivel de ingresos, que no se puede asimilar necesariamente el estatus laboral medido en este estudio, o la clase social (Regidor, 2001), ha sido relevante en otros estudios (Jarrett et al., 2013; Wierzbicki y Pekarik, 1993) y habría sido de gran interés disponer de una medida directa del mismo para analizar su relación con el abandono por causas objetivas.

Por último, ante la dificultad para replicar determinados predictores de abandono de la intervención, puede resultar de utilidad considerar análisis multivariantes de mayor complejidad, o ampliar el conjunto de predictores considerados, incluyendo por ejemplo las creencias del paciente sobre el problema y el tratamiento, elementos que han sido cruciales para producir modelos sólidos de adherencia en psicología de la salud (Jackson, Eliasson, y Barber, 2014; Petrie y Weinman, 2012).

7.3.2 Variables de confundido

En relación a la heterogeneidad de la muestra, se ha comprobado cómo los resultados de la intervención no variaban en función del diagnóstico principal (trastorno depresivo mayor frente a distimia), en contra de lo hallado por diversos estudios sobre depresión crónica (Cuijpers et al., 2010; Hamilton y Dobson, 2002). Tampoco lo hacían en función de la pertenencia a la comunidad universitaria. Este último factor modificaba la tarifa abonada, pues se reducía en un 50% para el personal, los estudiantes y sus familias. Los resultados sí presentaban diferencias en función de que los pacientes hubieran sido incluidos en el estudio a partir de una entrevista estructurada SCID o por una puntuación superior a 25 puntos en el BDI-II y el juicio clínico del psicólogo responsable del caso. Específicamente, los pacientes diagnosticados mediante SCID alcanzaron una reducción menor en el BDI-II y alcanzaron el ICF

para el BDI-II con menor probabilidad. Sin embargo, no hubo diferencias con la probabilidad de alcanzar CCS para el BDI-II. Esta menor reducción en el BDI-II, que sin embargo resulta clínicamente significativa, puede estar afectada por una menor puntuación pretratamiento, más cercana al punto de corte del CCS para el BDI-II. De hecho, un 26,3% de los sujetos diagnosticados por SCID tenía puntuaciones pretratamiento inferiores a los 25 puntos, umbral considerado para el diagnóstico por la vía de BDI-II más juicio clínico. Incluso en un caso del grupo diagnosticado por SCID la puntuación pretratamiento del BDI-II estaba directamente por debajo del umbral de CCS. Parece claro que el diagnóstico por SCID incluye algunos casos relativamente leves, que obtienen la recuperación sin que se produzca una mejoría muy acusada de sus síntomas. Más allá de esta observación, los pacientes diagnosticados por SCID tiene más probabilidad de mostrar un diagnóstico comórbido. Esta mayor cantidad de diagnósticos es consistente con la tendencia de las entrevistas estructuradas a producir más diagnósticos individuales frente al criterio de los clínicos (Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci, y Ivanova, 2009).

7.3.3 Gravedad pretratamiento

En relación a la gravedad pretratamiento de los pacientes, se pone de manifiesto que diferentes formas de operativizar la gravedad – básicamente, diferentes medidas objetivas – tienen diferente capacidad predictiva de los resultados de la intervención. Específicamente, se aprecia que la gravedad pretratamiento en el BDI-II se relaciona de diversas maneras con la mejoría de la sintomatología depresiva: los pacientes más graves mejoran más, y es más probable que alcancen mejorías estadísticamente significativas. La gravedad previa según BDI-II no parece afectar a la medida en la que los pacientes alcanzan mejorías clínicamente significativas. Estos resultados se observan de un modo muy similar para la sintomatología ansiosa: los pacientes con mayores puntuaciones en el BAI mejoran más, y es más probable que alcancen un cambio estadísticamente significativo, sin que esto afecte a sus posibilidades

de alcanzar un cambio clínicamente significativo. Una explicación sencilla a esta observación es que los pacientes que obtienen puntuaciones más elevadas en el BDI-II y el BAI tienen más “camino” que recorrer hasta la mejoría, y de modo recíproco, los pacientes con puntuaciones más bajas alcanzan CCS sin que la magnitud del cambio necesario sea suficiente para alcanzar ICF. Aunque no se ha puesto a prueba en este trabajo, sería relevante analizar si este “camino” más largo – necesidad de reducir más puntos – lleva más o menos tiempo. Desde luego, en el conjunto de la muestra, la duración del tratamiento no ha supuesto una diferencia en la cantidad de mejoría obtenida en ninguna de las dos medidas.

En la dirección contraria se da el efecto del BAI pretratamiento: los pacientes con mayor puntuación en el BAI alcanzan el CCS en el BDI-II con menor probabilidad. Parece por tanto, que una puntuación más elevada en la medida de sintomatología ansiosa se traduce en un peor pronóstico de cara a la recuperación, como ya han señalado otros trabajos (Hamilton y Dobson, 2002). De la misma manera, parece que aquellos pacientes valorados por sus psicólogos como más funcionales, con una mayor puntuación EEAG, alcanzaron con mayor probabilidad un cambio clínicamente significativo. El efecto del EEAG se aprecia también sobre el BDI-II: aquellos pacientes con mejor nivel de funcionamiento alcanzan con mayor probabilidad el ICF. Por último, y en la misma dirección, una puntuación mayor en el índice de severidad global del SCL-90-R se tradujo en una menor probabilidad de alcanzar la mejoría en el BAI.

Así pues, la gravedad parece tener efectos muy diferentes según cuál sea la medida empleada como predictor y como criterio. La literatura científica puede estar reflejando esto en la medida en que ofrece opiniones contradictorias. Así Elkin (1999) sugiere en el clásico estudio del NIMH que los pacientes más graves responden peor al tratamiento, al igual que Haby, Donnelly, Corry, y Vos (2006) en su estudio de meta regresión, Hoberman, Lewinsohn, y Tilson (1988), en su meta análisis de terapia grupal, Hamilton y Dobson (2002) en su revisión de la

literatura sobre predictores de resultado en depresión, Button et al. (2015), analizando la terapia cognitiva como coadyuvante a la medicación, y Merrill et al. (2003), en contexto de práctica clínica asistencial. Por el contrario Gibbons et al. (2010), encuentran que los pacientes más graves mejoran más en la práctica clínica asistencial que en los ECAs. Los resultados del presente estudio parecen apuntar en la línea de este último trabajo y en la señalada en el meta análisis de Driessen, Cuijpers, Hollon, y Dekker (2010): los pacientes más graves se benefician más de la intervención psicológica.

7.3.4 Otras variables predictoras abordadas en la literatura

De entre las diferentes variables sugeridas en la literatura como candidatas a moderar la relación de los tratamientos psicológicos y la recuperación, tan solo la edad y la duración del problema supusieron diferencia alguna. De modo consistente con lo encontrado en otros estudios (Dobson, 1989; Steinmetz et al., 1983) los pacientes más jóvenes obtuvieron con mayor probabilidad una mejoría clínicamente significativa, si bien este resultado no carece de contestación (Button et al., 2015). Así mismo, los pacientes con una historia de problema más dilatada obtuvieron con mayor probabilidad una mejoría estadísticamente significativa, pero no hubo efecto sobre la mejoría clínicamente significativa, en contra de anteriores hallazgos (Blom et al., 2007; Sotsky et al., 1991). Por otro lado, Jarrett et al. (2013) han encontrado que los pacientes con mayor duración del problema tienen más probabilidades de completar el tratamiento, lo que sugiere que su implicación en la terapia podría ser superior.

Además de estas variables, diversos estudios han señalado el papel de la comorbilidad (Kuyken y Tsivrikos, 2009; Lamers et al., 2012; Minami et al., 2008), el nivel educativo (Merrill et al., 2003; Steinmetz et al., 1983), el estatus marital (Jarrett et al., 1991), o los trastornos de personalidad comórbidos (Merrill et al., 2003), sin que el presente estudio haya obtenido resultados significativos en ellas. Por otro lado, el estatus de muchas de estas variables es controvertido y otros estudios arrojan resultados opuestos sobre estos predictores (Hamilton y

Dobson, 2002). La combinación del tratamiento psicológico con la medicación ha sido particularmente estudiada, con trabajos que señalan la superioridad del abordaje combinado frente a los otros tratamientos aislados (Cuijpers, Andersson, Donker, y van Straten, 2011a; Friedman et al., 2004; Simon, Pilling, Burbeck, y Goldberg, 2006b), aunque en otros casos suceda lo contrario (Antonuccio, Thomas, y Danton, 1997; de Jonghe et al., 2004; Gibbons et al., 2010; Greenberg y Goldman, 2009). En general parece que la terapia farmacológica se beneficia más del apoyo psicológico que al revés (Cuijpers et al., 2009b). Sea como sea, los pacientes del presente estudio no mostraron diferencias en función del uso o no de medicación concurrente.

7.3.5 Variables de la intervención

Siendo la activación conductual y la reestructuración cognitiva la base de la intervención aplicada, poco se puede concluir en este trabajo sobre su utilidad, dado que prácticamente todos los casos han recibido una u otra. Es cierto que el resultado obtenido en el BAI por dos pacientes que no recibieron reestructuración cognitiva es significativamente superior al obtenido por los demás pacientes, pero se trata sólo de dos casos. No obstante, es un resultado llamativo que viene a poner el foco sobre la importancia de las técnicas cognitivas para el éxito de la intervención, y en qué medida éstas resultan imprescindibles (Jacobson et al., 1996).

Entre las otras técnicas empleadas, destaca que la aportación de las técnicas de relajación y de solución de problemas es escasa. Si esto se debe al perfil particular de esos casos y de sus demandas, a la gravedad inicial, o a un efecto de interacción entre el uso de solución de problemas y la ansiedad no se ha podido examinar en este trabajo, aunque estudios que valoren la interacción entre estas variables resultan particularmente deseables.

En la dirección opuesta, el entrenamiento en habilidades sociales tiene un efecto positivo en la cantidad de cambio producida en el BDI-II, y en el hecho de alcanzar un cambio fiable en esa

misma medida. Este resultado viene a subrayar la importancia de la competencia interpersonal para la ausencia de depresión, y la conveniencia de considerar un entrenamiento para incrementarla en los pacientes que evidencien una escasa competencia o problemas interpersonales que no sepan abordar con éxito.

Como se ha comentado ya, la relación de la duración del tratamiento con la mejoría parece ser compleja, con algunos datos indicando que los pacientes más graves mejoran más con más terapia (Merrill et al., 2003; D. A. Shapiro et al., 1994), o que la duración del tratamiento no supone ningún efecto en estudios de eficacia (Dobson, 1989) o de efectividad (Hans y Hiller, 2013).

7.4 Sobre la relación coste - efectividad y la eficiencia del tratamiento psicológico

7.4.1 Coste efectividad del tratamiento psicológico en comparación con el tratamiento de referencia

La valoración de coste efectividad de los tratamientos psicológicos, en un contexto asistencial de restricciones presupuestarias y control del gasto, es absolutamente crucial, y estudios realizados en otros sistemas sanitarios empiezan a presentar resultados que apuntan a la buena relación coste/efectividad de las intervenciones psicológicas (Gensichen et al., 2013; Mukuria et al., 2013). En este sentido, la comparación de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia con el estándar de cuidado aplicado en el Sistema Nacional de Salud puede suponer un indicador relevante del coste/efectividad del tratamiento psicológico respecto al estándar de cuidado que de facto se está aplicando de forma mayoritaria a los pacientes con trastornos depresivos. Es cierto que esta comparación parte de la asunción de homogeneidad entre las poblaciones tratadas, asunción que puede estar lejos de cumplirse. Valero-Aguayo y Ruiz-Moreno, 2003 señalan cómo el perfil del usuario de la red pública tiene

menos años de formación y una gran frecuencia de amas de casa y desempleados, frente al predominio de estudiantes y profesionales en activo de este estudio. Adicionalmente, la cuantificación de los costes indirectos, que son los más importantes en depresión (Ekman, Granström, Omérov, Jacob, y Landén, 2013; Parés-Badell et al., 2014; Sicras-Mainar et al., 2010; Sicras-Mainar, Maurino, Cordero, Blanca-Tamayo, y Navarro-Artieda, 2012) resulta poco abordable en un estudio como este, por lo que la comparación posible ha de restringirse a los costes directos. No obstante, resulta esperable que estos costes indirectos sean mucho mayores en una intervención menos eficaz, que se traduce necesariamente en que un mayor porcentaje de los pacientes tratados siga recibiendo bajas médicas, experimente baja productividad, cargue a sus familiares con la necesidad de acompañamiento, etc. (Knorring, Åkerblad, Bengtsson, Carlsson, y Ekselius, 2006; G. Simon, Khandker, y Ichikawa, 2006a). Habida cuenta de estas consideraciones, los resultados de la comparación con los estudios encontrados señalan que la intervención psicológica aplicada en este estudio, si bien es más costosa, es al menos igual de eficiente que la intervención desarrollada en la red pública, si no mejor. Esta observación coincide con la de otros trabajos y estudios (Antonuccio et al., 1997; Barrett, Byford, y Knapp, 2005; Edgell, Hylan, Draugalis, y Coons, 2000; Revicki, Siddique, y Frank, 2005; Sava, Yates, Lupu, Szentagotai, y David, 2009; Schoenbaum, Unützer, y Sherbourne, 2001; Schulberg, Raue, y Rollman, 2002). Por tanto, se puede concluir, como argumenta Lazar (2014), que una intervención eficiente no es lo mismo que una intervención barata. Aún así, existen también datos provenientes de estudios bien controlados que señalan que los tratamientos psicológicos pueden no superar significativamente, en términos de coste-efectividad, a los tratamientos farmacológicos (Sinyor, Schaffer, y Levitt, 2010), lo que sugiere la necesidad de continuar evaluando el tema.

7.4.2 Optimización de la eficiencia del tratamiento psicológico

La equiparación con los tratamientos farmacológicos de referencia en la práctica clínica asistencial no debe suponer un motivo de complacencia; antes bien, como se ha venido comentando, existe un amplio margen para la mejora de la eficiencia de las intervenciones psicológicas. Los datos obtenidos en este estudio vienen a señalar que los tratamientos psicológicos pueden muy bien estar dilatándose mediante la inclusión de técnicas que hacen una aportación cuando menos escasa al éxito de la intervención, y cuya exclusión de los planes de tratamiento podría suponer un ahorro de hasta un 20% en el tratamiento promedio. Del mismo modo, la evidencia de que existen casos que han alcanzado una mejoría clínica y estadísticamente significativa y, aun así, han sido categorizados como abandonos por los psicólogos responsables de los casos abre la puerta a la hipótesis de que los tratamientos se estén alargando más allá del punto en el que los pacientes han alcanzado la recuperación o un nivel suficiente de funcionamiento (GEL). Sin duda, si los psicólogos recomiendan prolongar la intervención es porque se preocupan por el mantenimiento de los resultados. De este modo, algunos autores (Jarrett, Vittengl, y Clark, 2008) han recomendado precisamente la extensión de la intervención psicológica más allá de la fase aguda de la misma como una forma de prevenir las recaídas en la sintomatología de la misma. Dada la importancia de las recaídas en el abordaje de la depresión (Jarrett et al., 2008; Piet y Hougaard, 2011), valorar el efecto a largo plazo de una intervención extensa como ésta resulta de gran importancia. Desafortunadamente, las posibilidades de este estudio de ofrecer resultados de la intervención a largo plazo son escasas, aunque la evidencia empírica viene a señalar el buen comportamiento a largo plazo de la terapia conductual y cognitivo – conductual (Craighead et al., 2007; Dobson et al., 2008; Hensley, Nadiga, y Uhlenhuth, 2004).

Es también relevante recordar aquí que la terapia psicológica en un contexto clínico asistencial afronta con frecuencia demandas cambiantes y que evolucionan a lo largo del tratamiento (Seligman, 1996), lo que bien podría explicar el mantenimiento en terapia de una persona que ya ha solucionado sus problemas con el estado de ánimo y que decide reorientar el

tratamiento a solucionar otros trastornos psicológicos o problemas de la vida, como la crianza de los hijos o la resolución de un problema. Sería de gran interés disponer de información sobre el momento en el que en un caso determinado se ha producido una reorientación del foco terapéutico. De esta manera se podría valorar de un modo más preciso la cantidad de tratamiento que ha requerido el abordaje de la depresión. Permitiría también precisar en mayor medida la relación entre las técnicas aplicadas y los problemas a los que se orientan, ayudando quizá a entender la presencia en este estudio de técnicas habituales como el entrenamiento en solución de problemas, que parece hacer una aportación escasa al éxito de la intervención, y técnicas menos frecuentes como las técnicas operantes o el entrenamiento en técnicas de estudio.

Así pues, de cara a incrementar la eficiencia de las intervenciones psicológicas para los trastornos depresivos basadas en la evidencia, resulta crucial delimitar adecuadamente qué parte de la intervención se refiere a esa sintomatología, determinar los componentes mínimos que necesita el tratamiento para producir un resultado óptimo, y analizar el efecto de esta intervención en el largo plazo.

Por último, es importante considerar que la intervención grupal supondría un incremento aún mayor de la eficiencia de la intervención. Las diferencias entre la intervención grupal e individual en el tratamiento de la depresión parecen favorecer a la primera, pero los resultados son aún poco concluyentes (Antonuccio et al., 1997; Cuijpers y van Straten, 2008; Hans y Hiller, 2013; Peterson y Halstead, 1999).

7.5 Sobre la posibilidad de generalizar los resultados de este estudio

¿Hasta qué punto son generalizables los resultados obtenidos en este estudio? Diversos autores han propuesto criterios para cuantificar la representatividad clínica de un determinado

estudio (Shadish et al., 2000; Stewart y Chambless, 2009; Weisz et al., 1995). Algunos de estos trabajos han encontrado una relación nula entre representatividad y tamaño del efecto (Shadish et al., 2000; Stewart y Chambless, 2009), mientras que otros han encontrado una relación grande entre ambas variables, con un tamaño del efecto de $d = 0,62$ favorable a los trabajos de investigación (Weisz et al., 1995). Sin embargo, la descripción de cómo es un centro clínicamente representativo se ha basado más en una discusión teórica que en datos empíricos. Así, por ejemplo, Stewart y Chambless (2009) critican que en la clasificación original de Shadish et al. (2000) se considere poco representativo de la práctica clínica el que el tratamiento tenga un número limitado de sesiones. Efectivamente, diversos estudios han descrito contextos asistenciales clínicos en los esta limitación se produce sin que merme por ello su representatividad (Minami et al., 2009; Stiles et al., 2015). Siguiendo a Stewart y Chambless (2009), por ser la más reciente y amplia de estas clasificaciones, la representatividad clínica vendría definida por:

“Clinically representative settings, clinically representative referrals, clinically representative therapists, clinically representative structure, clinically representative monitoring, no pretherapy training of therapists, no randomization, clinically representative patients, and allowance of medication” (Stewart y Chambless, 2009; pp. 597-598).¹⁴

Siguiendo el manual de codificación proporcionado por Stewart y Chambless (2009), la representatividad clínica de este estudio obtiene una puntuación de 8 puntos sobre 9, debido a la afiliación universitaria del centro y a la presencia de supervisión de los casos. El hecho de que no se obtenga la puntuación máxima por estos motivos podría ser sujeto de debate. Ciertamente los centros universitarios no son los contextos clínicos más habituales en nuestro

¹⁴ “Entornos clínicamente representativos, derivaciones clínicamente representativas, terapeutas clínicamente representativos, estructura clínicamente representativa, monitorización clínicamente representativa, ausencia de entrenamiento de los terapeutas antes de la terapia, ausencia de aleatorización, pacientes clínicamente representativos, y admisión de medicación”

país (SEPCyS, 2009), y es probable que su relación con la universidad condicione el tipo de práctica que desarrollan en términos de actualización, rigor, y énfasis en la medida y la práctica basada en la evidencia (Borkovec, 2004). También es cierto que el acceso a supervisión de casos no es probablemente muy habitual en la práctica clínica asistencial, si bien no existe apenas literatura sobre la frecuencia con la que los clínicos acuden a supervisores de casos. No obstante, resulta bastante discutible que la línea a seguir en los estudios de efectividad sea la de replicar sin más las condiciones en las que se trabaja habitualmente, en vez de demostrar las condiciones en las que *es posible y deseable trabajar*, y sus resultados. De la misma manera que un estudio puede poner a prueba una terapia concreta y sus elementos, se puede considerar la conveniencia de un modelo de trabajo basado no sólo en este o aquel tratamiento, sino en determinadas características como el rigor de la intervención y el acceso a supervisión a demanda del psicólogo. Por otro lado, no está de más recordar que determinados enfoques, como por ejemplo la terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 2003), consideran la supervisión de casos una parte integrante del tratamiento. Así, el esfuerzo por el rigor y el acceso a supervisión se pueden entender como una amenaza a la posibilidad de generalizar los resultados del estudio, o como elementos de la intervención que contribuirán en alguna medida a los resultados obtenidos. En cualquier caso, el efecto específico de estos dos elementos no se puede cuantificar en el presente estudio, ni se conocen trabajos que hayan abordado aisladamente estos temas hasta ahora en el ámbito de la depresión.

7.6 Limitaciones

7.6.1 Valores perdidos

El presente estudio tiene diversas limitaciones, de las que probablemente la más significativa resulte ser la pérdida de medidas objetivas. Hasta un 31,5% de los casos carece de valoración postratamiento en el BDI-II, y un 67,4% en el BAI. Sin duda, la mayoría de valores perdidos en

el BDI-II se corresponde con terminaciones prematuras de la intervención, pero la pérdida de datos es importante y no puede ser solventada mediante técnicas estadísticas. El principal efecto de esta pérdida de datos viene a ser la reducción de la potencia estadística alcanzada en los contrastes, que se traduce en amplios intervalos de confianza para muchos de los estadísticos calculados. Por otro lado, la muestra de pacientes que abandona la intervención puede ser estudiada en menor medida de la deseable. Como ya se ha señalado, sería muy interesante disponer de medidas objetivas frecuentes a largo del tratamiento, para poder estudiar la evolución del mismo y el patrón de cambio en la sintomatología estudiada. Esto se traduciría también en la disponibilidad generalizada de medidas recientes para los pacientes que abandonan la intervención que serían de gran interés. Adicionalmente, facilitar y recordar a los psicólogos el trabajo de aplicación de medidas objetivas puede ser una vía útil para reducir los valores perdidos. La práctica de la psicología clínica basada en la evidencia está unida indisolublemente a la recogida y uso de medidas objetivas y fiables de los objetivos de la intervención (American Psychological Association, 2006; Kazdin, 2008; Kazdin et al., 1986), y los psicólogos en la práctica asistencial deben ser concienciados de esta conveniencia. No obstante, el desarrollo de medidas más ágiles y menos gravosas al paciente y al terapeuta, como las basadas nuevas tecnologías según el paradigma de evaluación ecológica instantánea (EMA, por sus siglas en inglés; cfr. Ebner-Priemer, Eid, Kleindienst, Stabenow, y Trull, 2009; Trull y Ebner-Priemer, 2009; Wenzel y Miller, 2010) pueden ser también de gran interés.

7.6.2. Mantenimiento de los resultados a largo plazo

La pérdida de datos objetivos es muy habitual en las condiciones de práctica clínica asistencial (Gibbons et al., 2010). Sin embargo, es especialmente preocupante respecto a los seguimientos, que no se han analizado en profundidad en este trabajo por el escaso número de medidas objetivas disponibles en el largo plazo. Más allá de las dificultades que esto puede suponer desde una perspectiva investigadora, el problema clínico es muy importante. A pesar

de la robustez de las intervenciones cognitivo conductuales para la depresión en el medio y largo plazo (Hollon et al., 2005), la elevada recurrencia de la sintomatología depresiva ha sido recogida en múltiples estudios (Jarrett et al., 2008; Piet y Hougaard, 2011); Siguiendo a Jarrett et al. (2008), la probabilidad de recaída de un paciente que finalice la fase “aguda” de tratamiento con una puntuación de seis puntos en el BDI-II (la puntuación promedio en el postratamiento de los pacientes que completan la intervención en este estudio) es de un 39% al año y de un 57% a los dos años. Cada vez más se desarrollan intervenciones con la finalidad específica de evitar las recaídas, como es el caso de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Seagal, Teasdale y Williams, 2002), la extensión de la terapia cognitivo – conductual más allá de la fase aguda (Jarrett et al., 2008), o aplicaciones de la terapia cognitivo conductual para la prevención de recaídas (Fava, Rafanelli, y Grandi, 1998). En un escenario en el que la preocupación es ya no tanto la remisión como el mantenimiento, la ausencia de un seguimiento objetivo a medio y largo plazo entre psicólogo y paciente para la mayoría de los casos que completan supone un riesgo importante de recaída e incremento de los costes y el deterioro que produce la depresión. Los datos del presente estudio, en los que casi un 30% de los pacientes que completa la intervención no acude a seguimientos, recibiendo los que lo hacen una evaluación por pruebas objetivas en menos del 20% de los casos, requieren de una reflexión. No obstante, es preciso señalar que en aquellos casos en los que se dispone de medidas en el seguimiento, estas apuntan al mantenimiento de los resultados por debajo de umbrales de significación clínica en periodos de hasta seis meses, tanto en el BDI-II como en el BAI.

Por lo tanto, parece que en las condiciones de práctica clínica asistencial el desarrollo de seguimientos a largo plazo resulta significativamente costoso. Las razones para llegar a estas cifras de seguimientos probablemente sean múltiples: por un lado, la naturaleza del centro, con una alta rotación de los psicólogos, puede estar dificultando el seguimiento a largo plazo de los casos. Por otro lado, la percepción de los pacientes sobre sus necesidades y la

importancia del seguimiento puede ser poco favorable al mismo, y llevar a que el paciente no se preste a ello. Por último, los psicólogos podrían estar ignorando los datos sobre la elevada recurrencia de los trastornos depresivos. En cualquier caso, es preciso diseñar procedimientos para asegurar el adecuado seguimiento de los casos y el control de las posibilidades de recaída a largo plazo.

7.6.3 Variables del terapeuta

El elevado número de psicólogos implicados en el estudio, con una carga de casos por cabeza muy reducida en el presente estudio, supone una muestra de gran diversidad y viene a señalar el buen funcionamiento de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia con un amplio abanico de profesionales. Sin embargo, ha supuesto una dificultad insalvable para estudiar el papel del terapeuta y sus efectos moderadores de la intervención. A simple vista, resulta claro que algunos terapeutas del presente estudio han obtenido mejores resultados que otros con los pacientes que les fueron asignados. Diversos estudios han puesto de manifiesto cómo un porcentaje importante del resultado de la intervención, de entre un 6 y un 18%, puede relacionarse con la competencia del terapeuta, la adherencia a los protocolos o la alianza terapéutica, (Crits-Christoph y Mintz, 1991; Elkin, 1999; Kuyken y Tsivrikos, 2009; Minami et al., 2008; Okiishi et al., 2006; Okiishi, Lambert, Nielsen, y Ogles, 2003; Wampold, 2005; Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, y Stangier, 2014) incluso en terapias muy técnicas y procedimentadas, como las aplicadas en los ECAs de terapia cognitivo conductual. Por desgracia, desarrollar medidas válidas y fiables de competencia terapéutica que no se limiten a valorar el resultado de la intervención supone una dificultad importante, y cabe incluso preguntarse si es un empeño razonable (Elkin, 1999). Adicionalmente, en este estudio, las competencias del terapeuta se refieren no sólo a su capacidad para desarrollar la intervención, sino a su capacidad para llegar a un juicio clínico fiable y diseñar una intervención adecuada al mismo, lo que incrementa la complejidad de la situación a estudiar. En lo relativo a la

adherencia del psicólogo a los procedimientos, este trabajo no permite valorar la calidad de las aplicaciones de técnicas: las formulaciones y planes de tratamiento se han supervisado, pero no así el trabajo en sesión, y lo han hecho desde un punto de vista clínico, no investigador. Sería deseable que la calidad de la aplicación de las técnicas, o la adherencia a las mismas, fuera valorada mediante la observación directa y sistemática, una herramienta de gran utilidad docente que ha sido empleada ya en algunos estudios que han puesto de manifiesta su utilidad para predecir el rendimiento (Elkin, 1999; Westbrook et al., 2008) y que ha mostrado una relación significativa de la adherencia a los protocolos técnicos con la mejoría en diversos estudios con pacientes deprimidos (Sasso et al., 2015). Adicionalmente, conviene tener presente los resultados del reciente estudio de Sasso et al. (2015), que ponen de manifiesto que la relación entre adherencia a las técnicas y mejoría clínica puede estar moderada por diversas variables del paciente, sugiriendo una mayor complejidad de la relación entre técnicas de tratamiento y resultado.

Por último, en el caso de la relación terapéutica, su medida y objetivación entraña una dificultad aún mayor, por la baja calidad de las medidas existentes, la indefinición del constructo, y la reactividad elevada de las medidas basadas en el paciente (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). No obstante, el análisis de la variabilidad entre terapeutas, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, puede encerrar muchas claves para mejorar los resultados de las intervenciones psicológicas y puede considerarse una línea de investigación de gran interés.

7.6.4 Estudio archivístico

Otra limitación más del presente trabajo tiene que ver con la naturaleza retrospectiva y archivística del mismo. Sin duda, algunas de las reflexiones que permite este trabajo pueden ser de utilidad para desarrollar investigaciones prospectivas de mayor calidad que esta misma: la necesidad de un seguimiento sesión por sesión; la conveniencia de facilitar y agilizar el

proceso de recogida de información; la consideración de elementos de competencia o alianza terapéutica; la valoración de la calidad en la aplicación de las técnicas; la adopción de un criterio GEL basado en la mejoría clínica para determinar el resultado de la intervención; o la ampliación de la categorización de la terminación prematura del tratamiento, son algunas de las modificaciones que podrían beneficiar a trabajos posteriores. También un número de sujetos superior sería, sin duda, deseable, y redundaría en una potencia estadística superior. Ciertamente, la base de datos de la Clínica Universitaria de Psicología contiene muchos más casos diagnosticados de depresión que los incluidos en este estudio, pero la decisión de adoptar un criterio de inclusión restrictivo ha reducido la muestra de casos disponibles de modo importante. La razón de ser de esta restricción tiene mucho que ver con el papel preeminente de las entrevistas estructuradas y el “canon” DSM, de obligado cumplimiento en el ámbito de la salud mental. Así, se ha sacrificado muestra en aras de fiabilidad en los diagnósticos, por más que esta no venga acompañada de una validez significativa. El uso conjunto de la SCID y del BDI-II más el juicio clínico da lugar a interesantes comparaciones entre ambos grupos, y sería deseable comprobar si las diferencias observadas entre unos y otros pacientes en diversas variables dependientes son únicamente función de la gravedad pretratamiento, como por otro lado se ha comprobado en el presente estudio en el caso del BDI-II pretratamiento. Otra consideración relacionada con el tamaño muestral se refiere a la deseabilidad de emplear metodologías de análisis multivariante como la regresión o el ANCOVA. Aplicar estos métodos exigiría un tamaño muestral superior, pero permitiría un análisis más fino de la relación entre las variables, permitiendo controlar de un modo más sólido el efecto de la gravedad pretratamiento, la duración de la intervención y otras variables que han resultado de importancia en este trabajo.

7.6.5 Efectos de la baja validez interna

Una última cautela a tener en cuenta sería la que se refiere a los elevados tamaños del efecto obtenidos en el presente estudio. Algunos trabajos de revisión meta analítica (Cuijpers et al., 2011a; Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon, y Andersson, 2009b) han señalado con anterioridad que los estudios menos controlados, como es el caso de los de efectividad y este mismo trabajo, tienden a obtener mayores tamaños del efecto que los mejor controlados. La mejora de la calidad de futuros estudios de la práctica clínica asistencial es importante para obtener una estimación precisa de la efectividad de los tratamientos basados en la evidencia en contextos clínicos reales.

CAPÍTULO 8.

Conclusiones e implicaciones prácticas.

"Nada tan práctico como una buena teoría"
Kurt Lewin

8.1 Conclusiones a partir del estudio

Este estudio viene a reforzar la evidencia empírica sobre la efectividad de la terapia basada en la evidencia para los trastornos depresivos en contextos de práctica clínica asistencial. Los tratamientos aplicados resultaron tanto o más efectivos que los estudios de eficacia y de efectividad reportados en la literatura, tanto para reducir la sintomatología depresiva como la ansiosa en la gran mayoría de los pacientes que completaron la intervención. Existe así mismo evidencia menor de que un porcentaje importante de los pacientes que terminaron prematuramente la intervención también se beneficiaron de la misma, y de que los resultados podrían mantenerse en seguimientos a seis meses. Estos beneficios son significativos desde un punto de vista tanto clínico como estadístico, y son de una magnitud superior sobre la sintomatología depresiva que sobre la sintomatología ansiosa.

A pesar de estos buenos resultados, el abandono terapéutico es importante, similar al obtenido en otros estudios de centros universitarios, y superior al obtenido en los ensayos clínicos aleatorios (ECAs) de referencia. A pesar de las evidencias de mejoría entre los pacientes que abandonan, y al hecho de que la definición de la terminación prematura del tratamiento adoptada incrementa su frecuencia, el alto porcentaje de abandonos es un factor que merma de modo preocupante la efectividad de la intervención. Éste fenómeno se ha podido relacionar en este estudio con una menor duración de la intervención y con la aplicación de un menor número de componentes del tratamiento, además de con una adherencia a sesiones y técnicas significativamente inferior a la de los pacientes que completan el tratamiento. Las razones informadas por los pacientes para terminar la intervención son tanto objetivas como subjetivas, y la amplitud del malestar emocional parece ser un predictor de abandono significativo, pero no así otras variables recogidas en la literatura como el nivel educativo o la gravedad del episodio depresivo.

Las intervenciones aplicadas en este estudio han sido de naturaleza individualizada y autocorrectiva, fundamentadas en un proceso de evaluación mediante entrevistas, registros y cuestionarios que culminaba en la formulación clínica del caso. Aún así, su duración promedio es equiparable a la habitual en la mayoría de manuales de ensayos de las TEAs. Los principales componentes de la terapia cognitivo conductual forman el núcleo de las intervenciones diseñadas *ad hoc* en función de las necesidades de los pacientes; en menor medida, se incluyeron otras técnicas según las preferencias del paciente y las competencias del psicólogo responsable del caso. Mientras que la aplicación generalizada de las técnicas de psicoeducación, activación conductual y reestructuración cognitiva impide obtener conclusiones fiables de los escasos pacientes que no las recibieron, parece que la inclusión de técnicas de entrenamiento en solución de problemas o de relajación no supuso una mayor reducción de la sintomatología depresiva o ansiosa. Por el contrario, el entrenamiento en habilidades sociales supuso una diferencia significativa entre los pacientes que lo recibieron y los que no, lo que podría venir a subrayar la naturaleza interpersonal de los procesos que subyacen a la depresión.

Adicionalmente, no se constataron diferencias en la efectividad de la intervención a partir de la duración del tratamiento y se observó que los pacientes con mayor sintomatología depresiva y ansiosa eran precisamente los que más mejoraban en ambos indicadores. Esto parece consistente con el modelo del nivel de cambio suficiente (*good enough level*; GEL) que sugiere que los pacientes se mantienen en terapia hasta que obtienen una mejoría que consideran satisfactoria; los ritmos de mejoría serían dispares, y en el futuro su análisis puede revelar perfiles de especial interés o variables a potenciar mediante la intervención.

La búsqueda de variables moderadoras del resultado de la intervención lleva a conclusiones dispares en relación a lo recogido en la literatura: la juventud, una mayor duración del problema, un mejor nivel de funcionamiento del paciente medido en la escala EEAG y una

menor sintomatología ansiosa moderaron positivamente los efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva. Un mejor nivel de funcionamiento en la escala EEAG y un menor índice de severidad global en el SCL-90-R moderaron positivamente los efectos de la intervención sobre la sintomatología ansiosa. No hubo evidencias de una respuesta peor o mejor al tratamiento por parte de los pacientes con un diagnóstico de distimia, otros diagnósticos comórbidos, peor nivel educativo, vinculados a la UCM, o con un tratamiento farmacológico superpuesto a la intervención psicológica. Los pacientes diagnosticados mediante entrevista estructurada experimentaron una reducción menor de la sintomatología depresiva; esto puede relacionarse con que la SCID incluyó en el estudio pacientes con sintomatología depresiva de menor gravedad según el BDI-II, o con la existencia una diferencia cualitativa entre unos y otros pacientes, que supondría una contaminación de los resultados en función del procedimiento de diagnóstico.

En relación al coste – efectividad, la intervención psicológica resultó más cara, pero más efectiva para obtener la remisión de la sintomatología depresiva, que el manejo clínico del paciente depresivo realizado en Atención Primaria, tal y como es descrito en estudios españoles al respecto. La intervención psicológica basada en la evidencia resultó más eficiente en cuanto a costes sanitarios directos, y existe aún margen para incrementar su eficiencia, posicionándose como un tratamiento altamente competitivo.

8.2 Implicaciones prácticas

A continuación se detallan algunas implicaciones para la práctica clínica en contexto asistencial que se derivan de los resultados de este trabajo:

- Sobre la duración de la intervención: debería adoptarse una expectativa de un mínimo de 18-21 sesiones de tratamiento, sin contar la evaluación, para un correcto abordaje

de la sintomatología depresiva. Resulta recomendable continuar la intervención hasta que el paciente experimente una mejoría suficiente, pero al mismo tiempo, no parece que prolongar la intervención, *per se*, suponga un beneficio, por lo que este número de sesiones debería suponer también un hito en el que replantearse el curso de la intervención, los componentes aplicados, etc.

- Sobre la terminación del tratamiento: el responsable del caso debería ser consciente de la existencia de un criterio de cambio suficiente (GEL) según la perspectiva del paciente, implicando al paciente y a sus sensaciones subjetivas en la toma de decisiones sobre el fin de la intervención. Además, resultaría relevante atender a la severidad del caso según múltiples indicadores y prolongar la intervención hasta la mejoría. En este proceso, es relevante atender a los costes objetivos y subjetivos de la intervención, así como adoptar una perspectiva centrada en el mantenimiento de los resultados al final de la intervención.
- Sobre la toma de medidas objetivas: resultaría de utilidad la existencia de una valoración continuada, sesión a sesión, para tomar decisiones más precisas sobre la continuidad de la intervención y poder valorar el impacto de técnicas o sesiones concretas (facilitando de paso la investigación sobre patrones de cambio, sobre ganancias graduales vs. súbitas). Para esto es preciso desarrollar medidas fiables y validas que supongan un coste mínimo en tiempo y esfuerzo, como las medidas basadas en la Teoría de la respuesta al ítem o las medidas de evaluación ecológica instantánea (EMA) a través soportes móviles.
- Sobre la utilidad de las técnicas de tratamiento: Se pone de manifiesto la importancia de reconsiderar la utilidad de tratamientos con muchas técnicas; en particular, destaca el escaso aporte en términos de efectividad y eficiencia del entrenamiento en técnicas de relajación y del entrenamiento en técnicas de solución de problemas para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes con trastornos

del estado de ánimo. Esta consideración tendría el efecto directo de reducir la duración de la intervención, y con ello incrementar su eficiencia.

- Sobre la búsqueda de moderadores y mediadores del resultado de la intervención: parece que la relación entre mejoría clínica y determinadas técnicas de tratamiento puede ser compleja, y por ello sería recomendable abordarla mediante análisis multivariantes. Al mismo tiempo, cabe considerar si los predictores empleados hasta la fecha, y con los que se ha obtenido un éxito modesto, son los únicos a tener en cuenta o si conviene desarrollar otros predictores, como las creencias del paciente sobre su problema o el tratamiento psicológico.
- Sobre la importancia de la temática interpersonal en la depresión: se pone de manifiesto la utilidad clínica del entrenamiento en habilidades sociales en los pacientes con trastornos del estado del ánimo. Este resultado debería orientar los planes de tratamiento para prestar una mayor atención a la competencia social y abanico de relaciones interpersonales del paciente. Así mismo, sería deseable incluir en la evaluación, antes, durante y después del tratamiento, medidas objetivas sobre la competencia social y calidad de las relaciones interpersonales.
- Sobre la posibilidad de individualizar el tratamiento: en este estudio se aprecia como los tratamientos desarrollados de forma individualizada para los pacientes con trastornos del estado de ánimo son enormemente similares entre sí en lo que se refiere a sus componentes. Por lo tanto, resulta discutible que el esfuerzo de individualizar la intervención sea eficiente en los términos en los que se está realizando. Cualquier esfuerzo de individualización debería hacerse atendiendo a los modelos más sofisticados de formulación clínica de casos, que permiten detectar blancos prioritarios para la intervención y, por lo tanto, aplicar tratamientos más reducidos de gran focalización.

- Sobre la relación coste – efectividad de la intervención psicológica: la intervención psicológica basada en la evidencia para los trastornos del estado de ánimo es más eficiente que la intervención farmacológica de referencia en el Sistema Nacional de Salud. Su efectividad no se ve reducida de modo significativo en pacientes crónicos o en pacientes más graves, y tampoco parece beneficiarse significativamente de la inclusión de un tratamiento farmacológico coadyuvante. La intervención psicológica basada en la evidencia debería ser el tratamiento de elección y ser ofertada a todos los pacientes con trastornos del estado de ánimo, con independencia de su gravedad y cronicidad. Adicionalmente, existe todavía un margen importante de mejora de la eficiencia de la intervención psicológica. Los psicólogos deberían tener presente la eficiencia de las intervenciones que desarrollan y considerar formas de incrementar su eficiencia.

Referencias bibliográficas.

- Ablon, J. S., y Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 159(55), 775–783.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., y Vollebergh, W. A. M. (2004a). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 38–46.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., y Gasquet, I. (2004b). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 47–54.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., et al. (n.d.). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004c). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 21–27.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., y Gasquet, I. (2004d). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 55–64.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (3rd ed)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994-1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th ed)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed)* Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1992) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code.html> el 25 de septiembre de 2015
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. doi:DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Andrews, G. y Harvey, R. (1981) Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients? A Reanalysis of the Smith, Glass, and Miller Data. *Archives of General Psychiatry*, 38(11), 1203-1208.
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., y Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28(2), 187–210.
- Aragonès, E., Piñol, J.-L., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Hernández, J. M., et al. (2012). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 297–305. doi:10.1016/j.jad.2012.05.020
- Arbona, C. B., Rivera, R., y García-Palacios, A. (2009). El Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87–96.
- Arntz, A., y Van Den Hout, M. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 113–121.
- Atkins, D. C., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., y Beauchaine, T. P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 982–989.

- Ávila-Espada, A., y Sánchez, J. (2009). Más allá de la docencia: la unidad de atención psicológica y salud mental del universitario (UAPSMU) en la Universidad de Salamanca (1996-2004). *Acción Psicológica*, 6(1), 49–62.
- Avnet, H. H. (1965) How Effective is Short-term Therapy? En L. R. Wolberg (dir.) *Short-term Psychotherapy*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Bados López, A., Balaguer, G., y Coronas, M. (2005) ¿Qué mide realmente el scl-90-R?: estructura factorial en una muestra mixta de universitarios. *Psicología Conductual*, 2, 181-196
- Bados, A., Balaguer, G., y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585–592. doi:10.1002/jclp.20368
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160–167. doi:10.1037/0022-006X.74.1.160
- Barkham, M., Rees, A., y Stiles, W. B. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 927–935.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51(10), 1050–1058.
- Barlow, D. H. (2010). The Dodo Bird—Again—and Again. *The Behavior Therapist/AABT*, 33(1), 15–16. doi:10.2307/25601866?ref=no-x-route:ad516bce4ca074f3cda8752484e6d763
- Barlow, D. H., Boswell, J. F., y Thompson-Hollands, J. (2013). Eysenck, Strupp, and 50 years of psychotherapy research: A personal perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 50(1), 77–87. doi:10.1037/a0031096
- Barlow, D.H., Allen, I. B., y Basden, S. L. (2007) Psychological treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorder. En Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (Eds.) *A guide to treatments that work*. pp 351-394. Nueva york: Oxford university Press.
- Barrett, B., Byford, S., y Knapp, M. (2005). Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 84(1), 1–13.
- Bayes, R. (1984) ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?. *Anuario de Psicología*, 30/31(1-2), 130-147.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Nueva York: Penguin
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993) *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499–505.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.)*. Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T.; Rush, A.J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979) *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB
- Beck, A. T.; Steer, R. A. y Brown, G.K (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: The Guilford Press.
- Belloso-Ropero, J. J., y Espín-Jaime, J. C. (2007). Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 27(99), 39–58.

- Bernaldo-de-Quiros, M., Labrador Encinas, F. J., Estupiñá Puig, F. J., y Fernández-Arias, I. (2012). La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. *Universitas Psychologica*, 12(1), 21–30.
- Beutler, L. E. y Castonguay, L. G. (2006). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. En Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Eds.) *Principles of Therapeutic Change That Work*. (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., y Daldrop, R. J. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 333–340.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., y Wong, E. (2003). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.)(pp. 227-306). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Blanco, C., Estupiñá, F. J., y Labrador, F. J. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales De Psicología*, 30(2), 403–411. doi:10.6018/analesps.30.2.158451
- Blom, M. B. J., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P. M. J., y van Dyck, R. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 119–126. doi:10.1016/j.jad.2007.03.010
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77–95.
- Borkovec, T. (2004). Research in training clinics and practice research networks: A route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 211–215.
- Borsboom, D., and Cramer, A. O. J. (2013) Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Buela-Casal, G. (dir.) (2005) Psicología como Ciencia de la Salud. *Papeles del Psicólogo (número monográfico)*, 26(91), 1-38.
- Button, K. S., Turner, N., Campbell, J., Kessler, D., Kuyken, W., Lewis, G., et al. (2015). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 174(C), 272–280. doi:10.1016/j.jad.2014.11.057
- Cabello, M., Mellor-Marsá, B., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., y Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 141(1), 22–33. doi:10.1016/j.jad.2011.12.009
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., y Rees, A. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 133–143.
- Cano Corres, R., Sánchez Álvarez, J., y fuentes Arderiu, X. (n.d.). The Effect Size: Beyond Statistical Significance. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, letter to the editor*.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Castonguay, L. G., Grosse Holtforth, M., Coombs, M. M., Beberman, R. A., Kahouros, A. A., Boswell, J. F., Reid, J. J. y Jones, E. E. (2006). Relationship Factors in Treating Dysphoric Disorders. En Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Eds.) (2006) *Principles of Therapeutic Change That Work*. (pp. 65-82). Nueva York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., y Beutler, L. E. (2006) *Principles of therapeutic change that work*. Nueva York: Oxford university Press.
- Chacón Ibarra, Enrique (2013) *Validez diagnóstica de las escalas de los trastornos depresivos del Inventario Clínico Multiaxial de Millón*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- Chambless, D. L. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Chambless, D. L., Babich, K., Crits-Christoph, P., Frank, E., Gilson, M., y Montgomery, R. (1993). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report adopted by the Division 12 Board*. APA Div. 12.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. ... y Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II *American Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Clark, D. M., Ehlers, A., y Hackmann, A. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568-578.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd Ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2010) Código Deontológico del Psicólogo. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf> el 25 de septiembre de 2015
- Consumer Reports (1995, Noviembre)* Mental Health: Does Therapy Help? 734-739.
- Craighead, E. W., Sheets, E. S., Brosse, A. L., e Ilardi, S. S. (2007) Psychosocial treatments for Major Depressive Disorder. En Nathan, P. E., y Gorman (Eds.) *A guide to treatments that work. 3rd Edition*. (pp.289-308). Nueva York: Oxford University Press.
- Crits-Christoph, P., y Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 20-26.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-333.
- Cuijpers, P., y van Straten, A. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults?: A meta-analysis. *The European Journal of Psychiatry*, 22(1), 38-51.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., y van Straten, A. (2011a). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364. doi:10.3109/08039488.2011.596570
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013a). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, (58), 376-385. doi:10.2307/2671652?ref=no-x-route:e414cc5e876de35b08da1932ff444ba7
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., y van Oppen, P. (2011b). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(581-592).
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., y Andersson, G. (2013b). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 1-13. doi:10.1016/j.jad.2013.02.030
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., y van Straten, A. (2014). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 159(c), 118-126. doi:10.1016/j.jad.2014.02.026
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., y Lewinsohn, P. M. (2009a). Clinical Psychology Review. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 449-458. doi:10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Cuijpers, P., van Straten, A., y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., y Andersson, G. (2009b). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(02), 211-223. doi:10.1017/S0033291709006114

- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., y Andersson, G. (2010). Clinical Psychology Review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Cumming, G. (2012). *Understanding the New Statistics: Effect sizes, Confidence Intervals, and Meta-Analysis*. Nueva York, NY: Routledge.
- D’Zurilla, T. J. Y Nezu, a. M. (1999) *Problem solving therapy: a social competence approach to clinical intervention (2ª edición)* Nueva York: Springer.
- Dahl, J. c, Plumb, J.C., Stewart , I. y Lundgren, T. (2009) *The art and science of valuing in psychotherapy: helping clients discover, explore and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger
- Davidson, G. C. (2000). Stepped Care: Doing More With Less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 580-585.
- de Jonghe, F., Hendricksen, M., van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R., et al. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 37–45.
- Del Re, A. C. (2014) *Compute Effect Sizes*. Recuperado de <http://cran.r-project.org/web/packages/compute.es/compute.es.pdf> el 15 de mayo de 2015
- Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., y GILBODY, S. (2013). Early changes, attrition, and dose-response in low intensity psychological interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 114–130. doi:10.1111/bjc.12031
- Derogatis, L. (1994) *Symptom Checklist – 90 – R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: National Computer System
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2006). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2006). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Dieckmann, N. F., Malle, B. F., y Bodner, T. E. (2009). An empirical assessment of meta-analytic practice. *Review of General Psychology*, 13(2), 101–115.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... and Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dixon, D. R., Vogel, T., y Tarbox, J. (2012). A Brief History of Functional Analysis and Applied Behavior Analysis. In *Autism and Child Psychopathology Series* (pp. 3–24). New York, NY: Springer New York. doi:10.1007/978-1-4614-3037-7_2
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414–419.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... and Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

- Dozois, D. J. A., y Beck, A. T. (2011) Cognitive Therapy. En Herbert, J. D y Forman, E. M. (Eds.) *Acceptance and Mindfulness in cognitive behavior Therapy. Understanding and applying the new therapies* (pp. 26-56). New Jersey: John Wiley y Sons
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., y Dekker, J. J. M. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 668–680. doi:10.1037/a0020570
- Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K., y Freeston, M. (2015). Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48(C), 66–74. doi:10.1016/j.jbtep.2015.01.009
- Dudley, R., Kuyken, W., y Padesky, C. A. (2011). Clinical Psychology Review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 213–224. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.005
- Dudley, R., Park, I., James, I., y Dodgson, G. (2010). Rate of Agreement Between Clinicians on the Content of a Cognitive Formulation of Delusional Beliefs: The Effect of Qualifications and Experience. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(02), 185–200. doi:10.1017/S1352465809990658
- Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., y Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1(2), 170–177.
- Dunn, E. C., Brown, R. C., Dai, Y., Rosand, J., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., y Smoller, J. W. (2015). Genetic Determinants of Depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(1), 1–18. doi:10.1097/HRP.0000000000000054
- Durisko, Z., Mulsant, B. H., y Andrews, P. W. (2015). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 172(C), 315–323. doi:10.1016/j.jad.2014.09.032
- Ebner-Priemer, U. W., Eid, M., Kleindienst, N., Stabenow, S., y Trull, T. J. (2009). Analytic strategies for understanding affective (in)stability and other dynamic processes in psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 195–202. doi:10.1037/a0014868
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Unpublished manuscript.
- Edgell, E. T., Hylan, T. R., Draugalis, J., y Coons, S. J. (2000). Initial Treatment Choice in Depression. *Pharmacoeconomics*, 17(4), 371–382.
- Eells, T. D. (2013). In support of evidence-based case formulation in psychotherapy (from the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 457–467. doi:10.1086/674003?ref=no-x-route:2d1daeb7efe98f394cb1a8ab7423c1d3
- Efron, B. (1979). Bootstrap methods: Another look at the jackknife. *Annals of Statistics*, 7, 1-26.
- Efron, B. (1987). Better bootstrap confidence-intervals. *Journal of the American Statistical Association*, 82, 171-185.
- Egger, M.; Smith, G. D., y Philips, A. N. (1997) Meta-Analysis: Principles and Procedures. *British Medical Journal*, 35, 1533-1537.
- Ekers, D., Richards, D., y Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611–623.
- Ekman, M., Granström, O., Omérov, S., Jacob, J., y Landén, M. (2013). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 790–797. doi:10.1016/j.jad.2013.03.003
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 10–32.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982.
- Emmelkamp, P. M. G.; Bouman, T. y Blaauw, E. (1994) Individualized vs. standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.

- Estupiñá Puig, F. J., y Labrador Encinas, F. J. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Major Depressive Disorder in a University Psychology Clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(03), 1388–1399. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39423
- Estupiñá Puig, F. J., Labrador Encinas, F. J., y García-Vera, M. P. (2012). A study of patients who go to a psychology clinic seeking treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 275–285.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Eysenck, H. J. (1960) The effects of psychotherapy. En H. J. Eysenck (dir.) *Handbook of Abnormal Psychology*. Londres: Pitman
- Fava, G., Rafanelli, C., y Grandi, S. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816–820.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., and Williams, J. B.W. (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.
- Follete, W. C. y Greenberg, L. S. (2006). Technique Factors in Treating Dishoric Disorders. En Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Eds.) (2006) *Principles of Therapeutic Change That Work*. (pp. 83-110) Nueva York: Oxford University Press.
- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D., y Fishman, B. (2011). Cognitive Behavioral Therapy in Practice: Treatment Delivered by Trainees at an Outpatient Clinic Is Clinically Effective. *Behavior Therapy*, 42(4), 612–623. doi:10.1016/j.beth.2011.02.001
- Frances, A. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*. Recuperado de <http://www.psychiatristtimes.com/dsm-5/content/article/10168/1522341>
- Frank, J. D. (1968) Group Psychotherapy. En D. L. Sills (dir.) *International Encyclopedia of Social Sciences*. Nueva York: Macmillan.
- Friedberg, R. D., y Brelsford, G. M. (2013). Training Methods in Cognitive Behavioral Therapy: Tradition and Invention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(1), 19–29. doi:10.1891/0889-8391.27.1.19
- Friedman, M. A., Detweiler Bedell, J. B., Leventhal, H. E., Home, R., Keitner, G. I., y Miller, I. W. (2004). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(1), 47–68.
- Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) (2013). *Percepción social de la ciencia y la tecnología. 2012*. Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología.
- Garb, H. N y Boyle, P. A. (2003) understanding why some clinicians use pseudoscientific methods: Findings from Research on Clinical Judgement. En Lilienfeld, S. O.; Jay Lynn, S. y Lohr, J. F. (Eds.) *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. (pp. 17-38). Nueva York: The Guilford Press.
- García, A. T., y Tomé, C. L. (2009). Presentación Y Descripción De La Unidad De Psicología Del Servei Assistencial De Salut De La Uabpresentation And Description Of The Unitof Psychology Of The Servei Assistencial De Salut De La Uab. *Acción Psicológica*, 6(1), 97–105.
- García, E. G. (2009). La unidad Venres Clínico en la Universidad de Santiago de Compostela. *Acción Psicológica*, 6(1), 63–71.
- Garfield, S. L. (1996). Some Problems Associated With “Validated” Forms of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 218–229. doi:10.1111/j.1468-2850.1996.tb00073.x
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., y Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 33–48.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., y Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468–475. doi:10.1037/a0016383

- Gensichen, J., Petersen, J. J., Korff, Von, M., Heider, D., Baron, S., Konig, J., et al. (2013). Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *The British Journal of Psychiatry*, 202(6), 441–446. doi:10.1192/bjp.bp.112.118257
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 273–288. doi:10.1016/j.brat.2005.02.004
- Gibbons, C. J., y DeRubeis, R. J. (2008). Anxiety symptom focus in sessions of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 39, 117–125.
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., y Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 169–176. doi:10.1016/j.jad.2009.12.030
- Godoy, A., y Haynes, S. N. (2011). Clinical Case Formulation. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 1–3. doi:10.1027/1015-5759/a000055
- Goldfried, M. R., y Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained relationship. *American Psychologist*, 51(10), 1007–1016.
- Greenberg, R. P., y Goldman, E. D. (2009). Antidepressants, psychotherapy or their combination: Weighing options for depression treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(2), 83–91.
- Groenier, M., Pieters, J. M., Witteman, C. L. M., y Lehmann, S. R. S. (2014). The Effect of Client Case Complexity on Clinical Decision Making. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 150–158. doi:10.1027/1015-5759/a000184
- Grof, P. (2013). Melancholia: a distinct entity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(4), 181–182.
- Grupo de trabajo sobre el manejo la Depresión Mayor en el adulto (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., y Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 9–19.
- Hamilton, K. E., y Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review*, 22, 875–893.
- Hans, E., y Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 75–88. doi:10.1037/a0031080.supp
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., y Barkham, M. (2005). Sudden Gains in Cognitive Therapy for Depression: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 59–67. doi:10.1037/0022-006X.73.1.59
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. doi:10.1157/13086324
- Haynes, S. N., y Williams, A. E. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs: Matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164–174. doi:10.1027//1015-5759.19.3.164
- Healy, D. (2013). Melancholia: past and present. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(4), 190–194.
- Hedges, L. V., and Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hensley, P. L., Nadiga, D., y Uhlenhuth, E. H. (2004). Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(1), 1–7. doi:10.1002/da.20022
- Herbert, J. D y Forman, E. M. (2011) The evolution of cognitive behavioral Therapy: the rise of Psychological acceptance and mindfulness. En Herbert, J. D y Forman, E. M. (Eds.) *Acceptance*

- and Mindfulness in cognitive behavior Therapy. Understanding and applying the new therapies* (pp. 3-25). New Jersey: John Wiley y Sons
- Herink, R. (Ed) (1980). *The Psychotherapy Handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. Nueva York: New American Library.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- Hess, M. R., y Kromrey, J. D. (2004). Robust confidence intervals for effect sizes: A comparative study of Cohen'sd and Cliff's delta under non-normality and heterogeneous variances. *Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, San Diego, April 12 – 16, 2004*
- Hidaka, B. H. (2012). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205–214. doi:10.1016/j.jad.2011.12.036
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M., y Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 393–398.
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576–587. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Hofmann, S. G., y Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 51(4), 510–513. doi:10.1037/a0037045
- Hofmann, S. G., y Lohr, J. M. (2010). To kill a dodo bird. *The Behavior Therapist/AABT*, 33(1), 14–15.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51(10), 1025–1030.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–422.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–422.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., y Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 88–89.
- Hopkins, W. G. (2009) *A new view of statistics*. Internet Society for Sport Science. Recuperado de <http://www.sportsci.org/resource/stats/> el 25 de septiembre de 2015
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., y Mcneil, D. W. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: A Randomized Pilot Trial within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458–469. doi:10.1177/0145445503255489
- Horwitz, A., y Wakefield, J. (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Nueva York: Oxford University Press
- Howard, K. I., Kopta, S. M., y Krause, M. S. (1986a). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*.
- Howard, K. I., Krause, M. S., y Orlinsky, D. E. (1986b). The attrition dilemma: Toward a new strategy for psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 106–110.
- Hsu, L. S. (2005). Using critiques of the MCMI to improve MCMI research and interpretations. En Craig, R. J. (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Inventory-III (MCMI-III)* (pp. 165-184). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hunsley, J., y Di Giulio, G. (2002). Dodo Bird, Phoenix, or Urban Legend? The Question of Psychotherapy Equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of*

- Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1(1), 1–18.
- Hunsley, J., Lee, C. M. y Wood, J. M. (2003). Controversial and Questionable Assessment Techniques. En Lilienfeld, S. O.; Jay Lynn, S. y Lohr, J.F. (Eds.) *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. (pp. 39-76) Nueva York: The Guilford Press.
- Hunsley, J., y Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work. En J. Hunsley y E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 3-14). Nueva York: Oxford University Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., y Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747–755.
- Insel, T., Cuthbert, B., y Garvey, M. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751.
- Ioannidis, J. P. A. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 3, 3–14.
- Jackson, C., Eliasson, L., y Barber, N. (2014). Applying COM-B to medication adherence. *The European Health Psychologist*, 7–17.
- Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job?. *American Psychologist*, 51(10), 1031–1039.
- Jacobson, N. S., y Hollon, S. D. (1996a). Cognitive–behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury’s returned its verdict, it’s time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Jacobson, N. S., y Hollon, S. D. (1996b). Prospects for future comparisons between drugs and psychotherapy: lessons from the CBT-versus-pharmacotherapy exchange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 104–108.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295.
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jarrett, R. B., Eaves, G. G., Grannemann, B. D., Rush, A. J. (1991) Clinical, cognitive, and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: A preliminary report. *Psychiatry Research*, 37(3), 245–260
- Jarrett, R. B., Minhajuddin, A., Kangas, J. L., Friedman, E. S., Callan, J. A., y Thase, M. E. (2013). Behaviour Research and Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4-5), 221–230. doi:10.1016/j.brat.2013.01.006
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., y Clark, L. A. (2008). How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse? *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 185–192. doi:10.1016/j.jad.2008.02.011
- Johnson, B. (2001). Toward a new classification of nonexperimental quantitative research. *Educational Researcher*, 30(2), 3–13.
- Kaholokula, J. K. A., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117–127. doi:10.5093/cl2013a13
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146

- Kazdin, A. E., Kratochwill, T. R., y VandenBos, G. R. (1986). Beyond clinical trials: Generalizing from research to practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(5), 391–398.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., et al. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462–1470. doi:10.1056/NEJM200005183422001
- Kelley, K. (2005). The effects of nonnormal distributions on confidence intervals around the standardized mean difference: Bootstrap and parametric confidence intervals. *Educational and Psychological Measurement*, 65(1), 51–69. doi:10.1177/0013164404264850
- Kendall, P.C. (2002). Toward a Research-Practice-Community Partnership: Goin'Fishing and Showing Slides. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 214–216.
- Kendler, K. S., Myers, J., y Halberstadt, L. J. (2009). Should the diagnosis of major depression be made independent of or dependent upon the psychosocial context? *Psychological Medicine*, 40(05), 771–780. doi:10.1017/S0033291709990845
- Kirby, K. N., y Gerlanc, D. (2014). BootES: An R package for bootstrap confidence intervals on effect sizes. *Behavior Research Methods*, 45(4), 905–927.
- Klein, D. F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 81–87.
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., et al. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687–697. doi:10.1016/j.beth.2012.05.002
- Klerman, G. L., Weissman, M. M. (1989) Increasing rates of depression. *Journal of the Aamerican Medical Association (JAMA)* 261(15), 2229–2235.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. s.c.: Basic Books.
- Knorring, von, L., Åkerblad, A. C., Bengtsson, F., Carlsson, Å., y Ekselius, L. (2006). Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *European Psychiatry*, 21(6), 349–354.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., y Lowry, J. L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009–1016.
- Kopta, S. M., Lueger, R. J., y Saunders, S. M. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 50, 441–469.
- Kuyken, W., y Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 42–48.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., y Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1187–1201.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., y Dudley, R. (2008). The Science and Practice of Case Conceptualization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(06), 757–768. doi:10.1017/S1352465808004815
- Labrador Encinas, F. J., Bernaldo De Quirós, M., y Estupiñá Puig, F. J. (2011). ¿ Por qué se alargan los tratamientos psicológicos? predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración. *Psicothema*, 23(4), 573–579.
- Labrador, F. J. Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lacasse, J. R., y Leo, J. (2005). Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Medicine*, 2(12), e392. doi:10.1371/journal.pmed.0020392.g001
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2013.00863/abstract

- Lamers, F., Hoogendoorn, A. W., Smit, J. H., van Dyck, R., Zitman, F. G., Nolen, W. A., y Penninx, B. W. (2012). Sociodemographic and psychiatric determinants of attrition in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 63–70. doi:10.1016/j.comppsy.2011.01.011
- Laska, K. M., Gurman, A. S., y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481.
- Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 423–457.
- Lejuez, C. W., y Hopko, D. R. (2014). *BATD Revised Manual*. Manuscrito no publicado.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Acierno, R., Daughters, S.B., y Pagoto, S. L(2011) Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavioral Modification*, 35(2), 111-61. doi: 10.1177/0145445510390929
- Leon, A. C., Mallinckrodt, C. H., Chuang-Stein, C., Archibald, D. G., Archer, G. E., y Chartier, K. (2006). Attrition in randomized controlled clinical trials: methodological issues in psychopharmacology. *Biological Psychiatry*, 59(11), 1001–1005. doi:10.1016/j.biopsych.2005.10.020
- Levant, R. F., y Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 658–662.
- Levitt, E. E. (1957) The Results of Psychotherapy with Children: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.
- Levitt, E. E. (1963) Psychotherapy with Children: a Further Evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 45-51.
- Levitt, E. E. (1971) Research on Psychotherapy with Children. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*. Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1974) A behavioral approach to depression. En R. M. Friedmena y M. M. Katz (Eds.) *The psychology of depression: contemporary theory and research* (pp. 157-185) Nueva York: Wiley.
- Lilienfeld, S. O. (2012). Public skepticism of psychology: Why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111–129. doi:10.1037/a0023963
- Linehan, M M. (2003) *Manual del tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós.
- Lipsey, M. W., y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181–1209.
- Little, R. A., y Rubin, D. B. (2002) *Statistical Analysis with Missing Data, 2nd Edition*. Nueva York: Wiley.
- Lopez, A. B., Garcia Grau, E., y Fusté Escolano, A. (2005). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 1477–1502.
- Luborsky, L. (1954) A Note on Eysenck's Article "The Effect's of Psychotherapy: A Evaluation". *British Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2006). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. doi:10.1093/clipsy.9.1.2
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Levitt, J. T., Seligman, D. A., et al. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455–460.
- Luborsky, L., y Diguier, L. (1998). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. En L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.) *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method (2nd ed)*, (pp. 97–108). Nueva York: Basic Books.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626–640.

- Maj, M. (2012). Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 530–537. doi:10.3109/09540261.2012.712952
- Mallinckrodt, C. H. (2013) *Preventing and Treating Missing Data in Longitudinal Clinical Trials. A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press
- Martell, C. R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010) *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Nueva York: The Guilford press
- Martell, C.R., Addis, M. E., y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Nueva York: W. W. Norton y Company, Inc.
- Martínez, M. R., Castellanos, M. A., y Chacón, J. C. (2014) *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: EOS
- Martínez, M. R., Chacón, J. C., y Castellanos, M. A. (en prensa) *Análisis de datos en Psicología*. Madrid: EOS
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3030–3040. doi:10.1037/0022-006X.75.2.344
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., y Westbrook, D. (2011). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292–306. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x
- McNally, R. J. (1996). Methodological controversies in the treatment of panic disorder., *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(1), 88–91.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E., y Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 404.
- Messer, S. B. (2004). Evidence-Based Practice: Beyond Empirically Supported Treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 580–588.
- Meyer, A. (1957) *Psychobiology: a Science of Man*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990) Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 28, 487–495. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, B. R., y Hen, R. (2015). ScienceDirectThe current state of the neurogenic theory of depression and anxiety. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 51–58. doi:10.1016/j.conb.2014.08.012
- Miller, S. J. y Binder, J. L. (2002) The effects of manual – based training on treatment fidelity and outcome: A review of the literature on adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 184-192.
- Millon-III. *Manual* (Adaptación española: Cardenal, V., y Sánchez, M. P.). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual*. Minneapolis. MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN:
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. Madrid: TEA.
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (3.ª ed.)*
- Millon, T., Davis, R. D., y Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de*
- Milne, D., y Reiser, R. P. (2011). A Rationale for Evidence-Based Clinical Supervision. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(3), 139–149. doi:10.1007/s10879-011-9199-8
- Minami, T., Davies, D. R., Tierney, S. C., Bettmann, J. E., McAward, S. M., Averill, L. A., et al. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 309–320.

- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E. G., Brown, G. S. J., y Kircher, J. C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 116.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C., y Brown, G. S. J. (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 232–243.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones: Madrid.
- Mintz, J., Drake, R. E., y Crits-Christoph, P. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist* 51(10), 1084–1085.
- Möller, H.-J., Bandelow, B., Bauer, M., Hampel, H., Herpertz, S. C., Soyka, M., et al. (2014). DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences—part 1: general aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(1), 5–18. doi:10.1007/s00406-014-0520-x
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (3), 847–862.
- Morrison, K. H., Bradley, R., y Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 109–132.
- Mueller, M., y Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), 117.
- Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., et al. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 220–227. doi:10.1192/bjp.bp.111.107888
- Muñoz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles Del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Najavits, L. M. (2003). How to design an effective treatment outcome study. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 317–337.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964–981.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998, 2007) *A Guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). *Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition)*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence>
- National Computer Systems.
- Newman, F. L., y Tejada, M. J. (1996). The need for research that is designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*, 51(10), 1040-1049.
- Norcross, J. C. (Dir.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., y Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. doi:10.1002/jclp.20272
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 361–373. doi:10.1002/cpp.383

- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS One*, 9(8), e105471. doi:10.1371/journal.pone.0105471.t003
- Paris, J. (2014). The mistreatment of major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 148–151.
- Parker, G., Fletcher, K., y Hadzi-Pavlovic, D. (2012). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1034–1038. doi:10.1016/j.jad.2010.11.021
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118.
- Peeters, F., Huibers, M., y Roelofs, J. (2013). The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders*, 145, 349–355. doi:10.1016/j.jad.2012.08.022
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(1), 114.
- Pérez, M. y García, J.M. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En Pérez, M.; Fernández, J. R.; Fernández, C y Amigo, I. (dirs.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M.; Fernández, J.R.; Fernández, C y Amigo, I (2003) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36(2), 107–118.
- Persons, J. B., y Bertagnolli, A. (1999). Inter-rater reliability of cognitive-behavioral case formulations of depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*.
- Persons, J., y Bostrom, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*.
- Peterson, A. L., y Halstead, T. S. (1999). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29(1), 3–18.
- Piet, J., y Hougaard, E. (2011). Clinical Psychology Review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Pilgrim, D., y Bentall, R. (1999). The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, 8(3), 261–274.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., et al. (2010). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 273–280. doi:10.1007/s00127-010-0195-1
- Piotrowski, C. y Gallant, N. (2009). Research use of clinical measures for anxiety in the recent psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, 36, 84–86.
- R Development Core Team. (2012). *R (Version 2.15)*. Recuperado de www.r-project.org/ el 25 de septiembre de 2015
- Rachman, S. J. (1971) *The Effects of Psychotherapy*. Nueva York: Pergamon.
- Rachman, S. J. (1973) The Effects of Psychological Treatment. En H. J. Eysenck (dir.) *Handbook of Abnormal Psychology*. Londres: Pitman.
- Rachman, S. J. y Wilson, G. T. (1980) *The Effects of Psychological Therapy*. Londres: Pergamon.
- Rakovshik, S. G., y McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496–516. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.004
- Rapaport, M. H. (2001). Prevalence, recognition, and treatment of comorbid depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl. 24), 6–10.
- Regidor, E. (2001). La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Revista Española De Salud Pública*, 75(1), 13–22.

- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reid, W. J. (1997). Evaluating the Dodo's verdict: Do all interventions have equivalent outcomes? *Social Work Research*, 21, 5-16.
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., y Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), 169-184. doi:10.1002/mpr.289
- Retzlaff, P. D. (2000) Comment on the validity of the MCMI-III. *Law and Human Behavior*, 24(4), 499-500.
- Revicki, D. A., Siddique, J., y Frank, L. (2005). ...-based pharmacotherapy or cognitive behavior therapy compared with community referral for major depression in predominantly low-income minority women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 868-875.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles Del Psicólogo*, 25(87), 45-53.
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C., y Perona-Garcelán, S. (2014). International Journal of Clinical and Health Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231. doi:10.1016/j.ijchp.2014.05.002
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, Incorporated.
- Rosenzweig, S. (1954) A Transvaluation of Psychotherapy: A Reply To Hans Eysenck. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 49, 298-304.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford Press.
- Saldaña, C. (2008) Habilidades y competencias terapéuticas. En Labrador, F.J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 643-656). Madrid: Pirámide.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernandez, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C., y Knapp, M. (2011). Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 130-138. doi:10.1016/j.jad.2011.02.019
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2011). Validación española del cuestionario de preocupación pswq: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y de Psicología Clínica*, 1-16. Retrieved from <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2009-14-2-0004ydsID=Documento.pdf>
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández-Hermida, J. R. (2001). The Decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An Analysis of Development of Professional Psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2.237-252), 1138-7416.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18(3), 287-304.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi:10.5093/cl2014a3
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi:10.5093/cl2014a3
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas. En A. Belloch, F. Ramos y J. Sandín (dirs.) *Manual de Psicopatología. Vol. 2* (pp. 341-378) Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales De Psicología*, 29(1), 66-75. doi:10.6018/analesps.29.1.130532

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121–142.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., y Fortún, M. (2012). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Psicología Conductual*, 22(1), 37-59
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI- II). 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249–280.
- Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population. *Clínica y Salud*, 14, 249–280.
- Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., y David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (prozac) in treating depression: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36–52.
- Schoenbaum, M., Unützer, J., y Sherbourne, C. (2001). Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 286(11), 1325–1330.
- Schulberg, H. C., Raue, P. J., y Rollman, B. L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 24, 203–212.
- Schulte, D., Kunzel, R.; Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992) Taylor Made vs. Standardized Therapy on Phobic Patients. *Advances on Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Sechrest, L., McKnight, P., y McKnight, K. (1996). Calibration of measures for psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 51(10), 1065–1071.
- Segal, Z., Teasdale, J., Williams, M. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(10), 1072–1079.
- Senín Calderón, M. C., Fernández Jiménez, E., Rodríguez Testal, J. F. (2011) Trastornos depresivos. En Mesa Cid, P. J., y Rodríguez Testal, J.F., (Eds.) *Manual de Psicopatología Clínica*. (pp. 211-252). Madrid: Pirámide
- Serrano-Blanco, A., Gabarron, E., Garcia-Bayo, I., Soler-Vila, M., Caramés, E., Peñarrubia-Maria, M. T., et al. (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of antidepressant treatment in primary health care: A six-month randomised study comparing fluoxetine to imipramine. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 153–163. doi:10.1016/j.jad.2005.11.014
- Shadish, W. R., Matt, G. E., y Navarro, A. M. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 355–365.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512–529.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522–534.
- Shapiro, J., Sank, L. I., y Shaffer, C. S. (1982). Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 38(3), 674–677.

- Sharpley, C. F., y Bitsika, V. (2014). Behavioural Brain Research. *Behavioural Brain Research*, 259, 9–15. doi:10.1016/j.bbr.2013.10.032
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., y Beckham, E. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711–718.
- Shepherd, M. y Gruenberg, E. (1957) The Age for Neuroses. *Millbank Memorial Quarterly Bulletin*, 35, 258-265.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., y Navarro-Artieda, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13–19. doi:10.1016/j.gaceta.2009.05.012
- Sicras-Mainar, A., Maurino, J., Cordero, L., Blanca-Tamayo, M., y Navarro-Artieda, R. (2012). Assessment of pharmacological strategies for management of major depressive disorder and their costs after an inadequate response to first-line antidepressant treatment in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 11(1), 11–22. doi:10.1186/1744-859X-11-22
- Siev, J., Huppert, J. D., y Chambless, D. L. (2009). The Dodo Bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *The Behavior Therapist/AABT*.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33(2), 207–215.
- Simon, G., Khandker, R., y Ichikawa, L. (2006a). Recovery from depression predicts lower health services costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1226–1231.
- Simon, J., Pilling, S., Burbeck, R., y Goldberg, D. (2006b). Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *The British Journal of Psychiatry*, 189(6), 494–501. doi:10.1192/bjp.bp.105.014571
- Singh, M. K., y Gotlib, I. H. (2014). Behaviour Research and Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 62(C), 60–73. doi:10.1016/j.brat.2014.08.008
- Sinyor, M. M., Schaffer, A., y Levitt, A. (2010). The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR* D) trial: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Smith, M. L., y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27(3), 297–320.
- Sobocki, P., Ekman, M., Ågren, H., Krakau, I., Runeson, B., Mårtensson, B., y Jönsson, B. (2007). Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care. *The European Journal of Health Economics*, 8(1), 67–76.
- Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud, Siglo XXI (2009). *Psicólogos Clínicos en España: Informe de situación*. Madrid: SEPCyS.
- Society of Clinical Psychology (2015). Research Supported Psychological treatments. Recuperado de <https://www.div12.org/psychological-treatments/> el 25 de septiembre de 2015
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., y Pilkonis, P. A. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997–1008.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Steering Committee (2002) Empirically Supported Therapy Relationships: COncclusions and recommendations of the Division 29. En Norcross, J. C. (Ed) *Psychotherapy relationships that work*. (pp. 441-444) Nueva York: Oxford University Press.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., y Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 331–337.
- Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595–606. doi:10.1037/a0016032
- Stiles, W. B., Barkham, M., y Wheeler, S. (2015). Effect of duration of psychological therapy on recovery and improvement rates: evidence from UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 1–8. doi:10.1192/bjp.bp.114.145565
- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., y Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 298–305. doi:10.1037/0022-006X.76.2.298
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., y Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 127–135.
- Streiner, D. L. (2003) Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103.
- Strunk, D. (2015) Depression. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/> el 25 de septiembre de 2015
- Strupp, H. H. (1963) The Outcome Problem in Psychotherapy Revisited. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 1-13.
- Strupp, H. H. (1996). The tripartite model and the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 51(10), 1017–1024.
- Sue, S., y Lam, A. G. (2002) Cultural and demographic diversity. En Norcross, J. C. (Ed.) *Psychotherapy relationships that work*. (pp. 401-422). Nueva York: Oxford University Press.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.
- Swift, J. K., y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. doi:10.1037/a0028226
- Swift, J. K., y Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207. doi:10.1037/a0037512
- Tang, T. Z., y DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894–904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., y Pham, T. (2005). Cognitive Changes, Critical Sessions, and Sudden Gains in Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168–172. doi:10.1037/0022-006X.73.1.168
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., y Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 404–408. doi:10.1037/0022-006X.75.3.404
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. y Peri, J.M. (1986) Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Trull, T. J., y Ebner-Priemer, U. W. (2009). Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special

- section. *Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology; Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21(4), 457–462.
- Üstün, T., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386–392.
- Valero-Aguayo, L., y Ruiz-Moreno, M. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24(1), 11–18.
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247–255.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles, (Eds.) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológico*, 2ª ed. (pp. 93-116). Madrid: Pirámide.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., y Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475–488. doi:10.1037/0022-006X.75.3.475
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 69–86.
- Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 194–197.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., y Stangier, U. (2014). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 91–108. doi:10.1111/bjc.12063
- Weersing, V. R., Iyengar, S., Kolko, D. J., Birmaher, B., y Brent, D. A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking investigation. *Behavior Therapy*, 37(1), 36–48.
- Weissman M.M., Markowitz J.C., y Klerman G.L. (2000) *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Weissman M.M., Markowitz J.C., y Klerman G.L. (2013) *Manual de psicoterapia interpersonal*. Madrid: Grupo 5.
- Weissman, A. (1979). *Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*. Tesis doctoral no publicada, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., y Greenwald, S. (1992). The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 268(21), 3098–3105.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 688–701.
- Wenze, S. J., y Miller, I. W. (2010). Use of ecological momentary assessment in mood disorders research. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 794–804. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.007
- Westbrook, D., y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1243–1261.
- Westbrook, D., Sedgwick-Taylor, A., Bennett-Levy, J., Butler, G., y McManus, F. (2008). A pilot evaluation of a brief CBT training course: Impact on trainees' satisfaction, clinical skills and patient

- outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(05), 569–579.
doi:10.1017/S1352465808004608
- Westen, D., y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875–899.
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190–195.
- Wilkinson, L. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54(8), 594.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295–314.
- Wilson, G. T., y Rachman, S. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1), 54.
- Wilson, G. T., y Fairburn, C. G. (2007) Eating disorders. En Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (Eds.) *A guide to treatments that work*. (pp 579-610). Nueva york: Oxford university Press.
- Woody, S. R., Weisz, J., & McLean, C. (1993). Empirically supported treatments: 10 years later. *Anxiety*, 2003.
- World Health Organization (2010). *Depression*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definicion/en el 20 de abril de 2010
- World Health Organization. (1995a). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10: Volumen 1. Lista de categorías*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1995b). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10. Volumen 2: Manual de instrucciones*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J., y Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale: Rating manual*. Manuscrito no publicado.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6)361-70.

Anexo I.
Protocolo de actuación de la
Clínica Universitaria de
Psicología de la Universidad
Complutense de Madrid.

De modo general, el protocolo de actuación del centro (Clínica Universitaria de Psicología UCM, n.d.) determina el procedimiento de contacto, recogida inicial de datos, asignación de terapeuta, tratamiento de datos de carácter personal, gestión de la historia clínica, recomendaciones de evaluación y tratamiento, procedimiento de supervisión y gestión de calidad del servicio, pautas de seguimiento, derivación, alta, y manejo del abandono terapéutico. A continuación se detallan los procedimientos de admisión, evaluación y tratamiento.

Procedimiento de admisión. Los pacientes contactan con el centro e inician tratamiento a petición propia, tras esperar una lista de espera de duración variable en función de la carga de trabajo de los psicólogos del centro. La asignación a un psicólogo se hace en función de la agenda y las preferencias del paciente sobre horarios de atención, lo que asegura la heterogeneidad en las demandas atendidas por cada psicólogo. Tras una primera cita en la que se explican al paciente los términos de prestación del servicio y sus derechos como usuario del centro, las citas, de una hora de duración, se producen con una frecuencia habitualmente semanal según disponibilidad del psicólogo y del paciente, durante todo el tiempo que ambos estimen necesario, sin que haya un límite o tope al número de sesiones que se pueden llegar a realizar. Tras cada sesión, el paciente abona unos honorarios que se han ido correspondiendo con las sucesivas recomendaciones de tarifas mínimas establecidas por el COP hasta la desaparición de esta recomendación en virtud de la *Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio*, a pesar de lo cual, las tarifas de las sesiones se han mantenido en los mismos límites. Adicionalmente, y en virtud del acuerdo establecido entre la Clínica Universitaria de Psicología y el Servicio de Acción de Social de la Universidad Complutense de Madrid hasta el año 2013, el personal docente, investigador y de administración y servicios, los estudiantes, así como los familiares de primer grado de todos ellos, han disfrutado de una reducción del 50% sobre la tarifas vigentes en cada momento, a

cargo del presupuesto de Acción Social de la Universidad; por lo tanto, estas tarifas han sido de aplicación a los usuarios del servicio incluidos en el estudio.

Procedimiento de evaluación. El proceso de evaluación cubre las primeras sesiones con el paciente, y se da libertad a los psicólogos para que empleen el tiempo necesario en esta tarea, aunque se les insta a realizar una evaluación breve y ágil, estableciéndose un número orientativo de 3 sesiones para realizar este proceso de evaluación. Los psicólogos del centro reciben sugerencias específicas respecto al empleo de determinadas pruebas de evaluación, pero disponen de libertad para añadir entrevistas, cuestionarios y registros adicionales a los incluidos en el protocolo de evaluación, según su criterio y las sugerencias de sus supervisores.

Entrevistas. Los psicólogos del centro emplean la entrevista con el paciente y sus allegados como un método básico de recogida de información. Dicha entrevista suele ser de tipo conductual y seguir un patrón basado en la entrevista clínica para adultos de Muñoz (1998) o la entrevista de detección de Vázquez y Muñoz (2002), extendiéndose durante varias sesiones. El uso de entrevistas clínicas estructuradas es bastante más escaso, favoreciéndose un acercamiento basado en el análisis funcional del comportamiento frente al enfoque nosológico que estas herramientas conllevan, y se da fundamentalmente en aquellos casos en los que la precisión diagnóstica ha sido considerada como fundamental para el establecimiento de un plan de tratamiento. Sin embargo, en el marco de algunos proyectos de investigación, el módulo de trastornos del estado de ánimo de la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-I; First et al., 1996, 1999) ha sido aplicado sistemáticamente, bien por el psicólogo responsable del caso, o bien por un evaluador externo que después emitía un informe con los resultados para su constancia en la historia clínica. De este modo, existen evaluaciones mediante SCID-I del estado de ánimo de un buen número de pacientes de la muestra, si bien esto no constituye una práctica clínica habitual del centro y responde a intereses de investigación.

Cuestionarios. Durante la mayor parte del periodo cubierto por el estudio, las pruebas protocolarias aplicadas en la Clínica han sido el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, et al., 2005), el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1990; Sanz y Navarro, 2003), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI, en sus versiones II y III), (Millon, 1987, 1998; y Millon, 1994; Cardenal y Sánchez, 2007), la escala de reflexión y reproches, (RRS) (Nolen-Hoeksema y Morrow; Hervás, 2008) y el Symptom Checklist de Derogatis (SCL-90-R), (Derogatis, 1994, 2001). En los casos más tempranos de la muestra, algunas de estas pruebas no estaban disponibles, por lo que se empleaba la versión II del MCMI y en lugar del BDI-II se aplicaba el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) (Beck et al., 1979; Vázquez y Sanz, 1991). Las puntuaciones del BDI-IA fueron convertidas a puntuaciones BDI-II siguiendo la guía de conversión del manual del BDI-II (Beck, 2011).

Antes del establecimiento del protocolo de evaluación cada psicólogo seleccionaba las herramientas de evaluación con libertad y atendiendo a las sugerencias del supervisor del caso. Del mismo modo, la existencia de un conjunto de pruebas obligatorias en el protocolo no impedía a cada psicólogo seleccionar otras, según su criterio, para evaluar el caso. Las pruebas más empleadas, aparte de las ya citadas, han sido: El inventario de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Vázquez Morejón, Jiménez y Vázquez-Morejón Jiménez, 2004); la Escala Estado-Rasgo de Ansiedad de Spielberger (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 2008); la escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987); el inventario de preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ); (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009); el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1999); y la forma A de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD-A) (Zigmond y Snaith, 1983; Tejero, Guimerá y Farré, 1986). Sin embargo, todas estas pruebas se han aplicado de un modo no sistemático y no se dispone de un número suficiente de ellas como para su consideración en este estudio.

Registros conductuales: los psicólogos del centro emplean con frecuencia registros y auto registros conductuales para operativizar los comportamientos problema de los pacientes. Dichos registros siguen una serie de plantillas pre definidas que son modificadas y adaptadas ad hoc por cada terapeuta. A grandes rasgos, los registros más empleados son los registros de emociones, comportamientos y pensamientos tipo ABC, los diarios de sueño, los diarios de actividad y comidas. Dado el volumen de información, su heterogeneidad y su soporte en papel, no ha resultado viable analizar esta información en el presente trabajo.

Informes: Los psicólogos del centro están obligados a redactar informes, según unos modelos definidos por el centro, tras la primera sesión de evaluación y tras concluir el proceso de evaluación. Dichos informes tienen la finalidad de informar al supervisor del caso sobre el desarrollo de la evaluación para que pueda ofrecer orientación sobre el proceso de recogida de datos y formulación de hipótesis, y para que pueda dar su visto bueno al diagnóstico multiaxial según criterios DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR(2000), el modelo analítico funcional del caso, según las guías de Muñoz (1998) y la propuesta de tratamiento; este requisito es necesario para proceder a la intervención.

Tratamientos:

El tratamiento se considera iniciado con la devolución de información al paciente que comprende la explicación de un modelo funcional sobre el origen y mantenimiento del problema, y la entrega de una propuesta específica de intervención estructurada en objetivos terapéuticos concretos y una selección de técnicas específicas para la consecución de cada uno de esos objetivos. Con independencia del establecimiento de este plan de tratamiento, la intervención es de naturaleza autocorrectiva y puede experimentar variaciones a petición del paciente, según la consideración del psicólogo o a sugerencia del supervisor del caso. No existe límite al número de sesiones de tratamiento que se pueden desarrollar, si bien se insta a los

psicólogos a desarrollar intervenciones breves en aras de la eficiencia y el bienestar de los pacientes.

El centro no dispone de guías específicas de tratamiento, aunque se remite en todo momento a los psicólogos a las intervenciones consideradas en el listado de tratamientos empíricamente apoyados de la División 12 de la APA (Chambless y Ollendick, 2001; Chambless et al., 1993; Chambless et al., 1998) como la mejor evidencia disponible y las guías de intervención más adecuadas. Los psicólogos consideran estas guías a la hora de desarrollar sus tratamientos, adaptándolas a las necesidades, preferencias y características del paciente según su experiencia clínica y las sugerencias del supervisor.

Consistentemente con este modo de proceder, los tratamientos de los pacientes con trastornos del estado de ánimo han seguido las indicaciones de la terapia cognitivo conductual para la depresión de Beck et al. (1979) y las diversas formulaciones de terapia de conducta de la depresión (Antonuccio, 1998; Jacobson et al., 2001; Lewinsohn, Youngren y Zeiss, 1992). De esta manera, las técnicas más empleadas han sido las técnicas de activación conductual, las técnicas de reestructuración cognitiva, y el entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas. Adicionalmente, diversas técnicas de gran arraigo en el paradigma cognitivo conductual, como las técnicas de relajación, las técnicas de control del diálogo interno y las técnicas de exposición se han empleado también. Así mismo, aunque en mucha menor medida, se han introducido a criterio del terapeuta técnicas específicas a las necesidades del paciente, como las de higiene de sueño; control estímulos, contratos conductuales y otras técnicas operantes; técnicas para el incremento de la autoestima; la gestión de emociones como la ira; el autocontrol y la gestión del tiempo; el manejo de la ideación autolítica; el entrenamiento en técnicas de estudio y, por último, técnicas basadas en el perdón y en el manejo de narrativas.

A lo largo del proceso de tratamiento, el terapeuta debe ir actualizando la historia clínica del paciente para dejar constancia de los procedimientos aplicados, la adherencia del paciente a las sesiones y las tareas, el consumo de fármacos, la evolución de la sintomatología así como resúmenes de las sesiones y de los eventos de la vida del paciente que sean de interés para el tratamiento. A partir del año 2008 se estandarizó un formato de diario de sesión empleado por todos los terapeutas para el registro de lo ocurrido en sesión.

Durante el proceso de intervención, los psicólogos tienen acceso continuado al supervisor del caso según sus necesidades. El supervisor ofrece información, valoraciones, sugerencias, bibliografía y procedimientos específicos para orientar al psicólogo y asegurar una gestión óptima del caso.

Anexo II.

Tablas de datos adicionales.

Tabla II-I

Diferencias no significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento (n = 32) y los que completan (n = 57) en medidas gravedad a través de cuestionario.

Puntuación BDI pretratamiento	Pacientes que abandonan (n = 24) $\bar{X} = 33,88$; Dt = 9,20.	$t(87) = 0,686$, $p = ,528$ (bilateral), $g_{av} = 0,15$
	Pacientes que completan (n = 36) $\bar{X} = 32,56$; Dt = 8,37.	IC 95% [-0,29 , 0,59] ^{BCa}
Puntuación BAI pretratamiento	Pacientes que abandonan (n = 18) $\bar{X} = 22,17$; Dt = 9,08.	$t(51) = 0,896$, $p = ,346$ (bilateral), $g_{av} = 0,26$
	Pacientes que completan (n = 35) $\bar{X} = 19,54$; Dt = 10,58.	IC 95% [-0,32 , 0,83] ^{BCa}
Puntuación EEAG	Pacientes que abandonan (n = 32) $\bar{X} = 57,16$; Dt = 7,96.	$t(87) = -0,875$, $p = ,369$, (bilateral), $g_{av} = -0,19$,
	Pacientes que completan (n = 57) $\bar{X} = 58,82$; Dt = 8,98.	IC 95% [-0,63 , 0,24] ^{BCa}
SCL-90-R: TDM pretratamiento	Pacientes que abandonan (n = 24) $\bar{X} = 2,34$ Dt = 0,67.	$t(58) = 0,699$, $p = ,487$ (bilateral), $g_{av} = 0,15$,
	Pacientes que completan (n = 36) $\bar{X} = 2,22$; Dt = 0,65.	IC 95% [-0,28 , 0,59]
SCL-90-R: MRSP pretratamiento	Pacientes que abandonan (n = 24) $\bar{X} = 2,19$ Dt = 0,46.	$t(58) = 1,502$, $p = ,139$ (bilateral), $g_{av} = -0,33$,
	Pacientes que completan (n = 36) $\bar{X} = 2,02$; Dt = 0,41.	IC 95% [-0,11 , 0,77]

SCL-90-R: TDM = Subescala "Trastorno depresivo mayor" del Symptom Checklist Revised (Derogatis, 1983, 2002). SCL-90-R: MRSP = Subescala "Malestar referido a sintomatología positiva" del Symptom Checklist Revised (Derogatis, 1983, 2002). BCa = Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos e intervalo de confianza al 95%.

Tabla II-II

Diferencias no significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento (n = 32) y los que completan (n = 57) en variables demográficas, clínicas y de confundido.

Edad al inicio del tratamiento	Pacientes que abandonan (n = 32) $\bar{X} = 32,09$; Dt = 12,32.	$t(87) = -0,784$, $p = ,434$ (bilateral), $g_{av} = -0,17$, IC 95% [-0,61 , 0,26] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) $\bar{X} = 34,26$; Dt = 12,63.	
Duración del problema en meses*	Pacientes que abandonan (n = 26) $\bar{X} = 28,77$; Dt = 37,00.	$t(87) = -0,362$, $p = ,729$ (bilateral), $g_{av} = -0,65$, IC 95% [-1,10 , -0,21] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 51) $\bar{X} = 31,92$; Dt = 35,65.	
Número de tratamientos anteriores	Pacientes que abandonan (n = 32) $\bar{X} = 0,72$; Dt = 0,81.	$t(87) = -0,661$, $p = ,509$ (bilateral), $g_{av} = -0,14$, IC 95% [-0,58 , 0,29] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) $\bar{X} = 0,84$; Dt = 0,86	
Número de tratamientos psicológicos anteriores	Pacientes que abandonan (n = 32) $\bar{X} = 0,44$ Dt = 0,76.	$t(87) = -0,935$, $p = ,318$, (bilateral), $g_{av} = -0,20$, IC 95% [-0,64 , 0,23] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) $\bar{X} = 0,60$;Dt = 0,78.	
Número de tratamientos farmacológicos anteriores	Pacientes que abandonan (n = 32) $\bar{X} = 0,31$; Dt = 0,47.	$t(87) = -0,032$ $p = ,969$ (bilateral), $g_{av} = -0,01$, IC 95% [-0,44 , 0,43] ^{BCa}
	Pacientes que completan (n = 57) $\bar{X} = 0,32$; Dt = 0,47.	

BCa = Análisis realizado mediante procedimiento de "Bootstrapping" de sesgo corregido y acelerado, con 2000 remuestreos e intervalo de confianza al 95%.

* 12 pacientes no fueron capaces de precisar la duración del problema o consideraron que este estaba presente desde siempre, por lo que no se incluyen en este análisis.

Tabla II-III

Diferencias no significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento (n = 32) y los que completan (n = 57) en variables cualitativas.

Sexo	Pacientes que abandonan (n = 32) 75,0% mujeres (n = 24)	$\chi^2(1, N=89) = 0,397$, $p = .529$ $OR = 1,39$ $IC\ 95\% [0,50, 3,93]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 80,7% mujeres (n = 46)	
Estado civil ^a	Pacientes que abandonan (n = 32) 15,6% convive con pareja estable (n = 5)	$\chi^2(1, N=89) = 0,975$, $p = .324$ $OR = 1,76$ $IC\ 95\% [0,57, 5,44]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 24,6% convive con pareja estable (n = 14)	
Nivel educativo ^b	Pacientes que abandonan (n = 32) 87,5% con estudios superiores (n = 28)	$\chi^2(1, N=89) = 0,313$, $p = .576$ $OR = 1,49$ $IC\ 95\% [0,37, 5,98]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 91,2% con estudios superiores (n = 52)	
Situación laboral ^c	Pacientes que abandonan (n = 32) 34,4% es estudiante (n = 11)	$\chi^2(1, N=89) = 0,157$, $p = .692$ $OR = 1,20$ $IC\ 95\% [0,49, 2,96]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 38,6% es estudiante (n = 22)	
Pertenencia a la comunidad universitaria	Pacientes que abandonan (n = 32) 68,8% pertenecen a comunidad UCM (n = 22)	$\chi^2(1, N=89) = 0,480$, $p = .488$ $OR = 0,723$ $IC\ 95\% [0,29, 1,81]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 61,4% pertenecen a comunidad UCM (n = 35)	
Diagnostico primario de TDM o Distimia	Pacientes que abandonan (n = 32) 21,9% distimia (n = 7)	$\chi^2(1, N=89) = 0,249$, $p = .618$ $OR = 0,760$ $IC\ 95\% [0,26, 2,24]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 17,5% distimia (n = 10)	
Diagnóstico por SCID	Pacientes que abandonan (n = 32) 43,8% positivo en TDM por SCID (n = 14)	$\chi^2(1, N=89) = 0,023$ $p = .880$ $OR = 0,94$ $IC\ 95\% [0,39, 2,24]$.
	Pacientes que completan (n = 57) 42,1% positivo en TDM por SCID (n = 24)	
Comorbilidad	Pacientes que abandonan (n = 32) 31,3% más de un diagnóstico (n = 10)	$\chi^2(1, N=89) = 0,040$, $p = .841$ $OR = 1,10$

Práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de los trastornos depresivos

	Pacientes que completan (n = 57) 33,3% más de un diagnóstico (n = 19)	IC 95% [0,44 , 2,78].
Trastorno de ansiedad	Pacientes que abandonan (n = 32) 12,5% presenta trastorno de ansiedad (n = 4)	$\chi^2(1, N=89) = 0,393$, $p = .531$ $OR = 1,49$
	Pacientes que completan (n = 57) 17,5% presenta trastorno de ansiedad (n = 10)	IC 95% [0,43 , 5,20].
Trastorno de la personalidad	Pacientes que abandonan (n = 32) 15,6% presenta trastorno de personalidad (n = 5)	$\chi^2(1, N=89) = 0,965$ $p = .326$ $OR = 0,52$
	Pacientes que completan (n = 57) 8,8% presenta trastorno de personalidad (n = 5)	IC 95% [0,14 , 1,95].
Antecedentes familiares de depresión	Pacientes que abandonan (n = 32) 62,5% con antecedentes familiares (n = 20)	$\chi^2(1, N=89) = 0,551$, $p = .458$ $OR = 0,72$
	Pacientes que completan (n = 57) 54,4% con antecedentes familiares (n = 31)	IC 95% [0,30 , 1,73].
Farmacoterapia concurrente	Pacientes que abandonan (n = 32) 40,6% toma fármacos (n = 13)	$\chi^2(1, N=89) = 1,183$ $p = .277$ $OR = 1,62$
	Pacientes que completan (n = 57) 52,6% toma fármacos (n = 30)	IC 95% [0,68 , 3,90].

a La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de conviviendo con pareja estable (casado, pareja de hecho) y no conviviendo (solteros, divorciados, separados, viudos)

b La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudios superiores (bachillerato, e. universitarios) y estudios básicos (completos e incompletos).

c La variable se dicotomizó para este análisis, en términos de estudiantes y ocupados (todas las demás categorías laborales)

